EXPOSÉ

DES

TITRES ET DES TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur G. BOUILLY

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL COCHIN

PARIS

IMPRIMERIE F. LEVÉ

17, RUE CASSETTE, 17

1901

GRADES UNIVERSITAIRES

Aide d'anatomie à l'École pratique de la Faculté.......................... 1875
Docteur en médecine.. 1877
Professeur agrégé à la Faculté.. 1880

TITRES ET FONCTIONS

Interne des hôpitaux de Paris... 1869
Chirurgien des hôpitaux.. 1878
Chirurgien-adjoint de la Maternité, chargé du service d'accouchements de l'hôpital Cochin.. 1886
Chargé du service de la consultation externe de gynécologie à la Maternité de. 1886-90
A obtenu du Conseil de surveillance de l'Assistance publique le remplacement d'abord partiel (1890), puis total (1895) des lits d'accouchements à l'hôpital Cochin par des lits affectés à la gynécologie..................
Création définitive du service de gynécologie à l'hôpital Cochin............. 1895
Cours complémentaire à la Faculté. (Leçons sur les affections des organes génitaux de la femme... 1887
Remplacement du professeur Lannelongue à la Faculté (cours et examens)... 1889
Cours libre de gynécologie à l'hôpital Cochin............................... 1894
Chargé d'une mission scientifique près les ambulances de l'armée Russe pendant la guerre Russo-Turque avec le Dr Peyrot................ 1877

SOCIÉTÉS SAVANTES

Membre honoraire de la Société anatomique.
Membre de la Société de chirurgie. Vice-président pour l'année 1901.
Membre fondateur du Congrès français de chirurgie et membre du Comité d'organisation et du Comité permanent.
Membre fondateur de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie
Membre correspondant de la Société des sciences médicales de Lisbonne.
Membre correspondant de la Société de gynécologie de Bucharest.
Membre du Comité exécutif du XIIIe congrès international de médecine, tenu à Paris en 1900.
Rapporteur général pour la France au congrès international triennal de Genève (1896).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris. Médaille d'argent (prix de thèse 1877).
Officier d'académie.

Chevalier de la Légion d'honneur.
Officier de l'ordre de Stanislas de Russie.
Officier de l'ordre du Sauveur de Grèce.

JOURNAUX ET REVUES PÉRIODIQUES

Collaborateur au *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, dirigé par M. le professeur Jaccoud.
Collaborateur à l'*Encyclopédie internationale de chirurgie*.
Collaborateur à la *Gazette médicale de Paris*.
Membre du Comité de rédaction des *Nouvelles archives* d'obstétrique et de gynécologie.
Membre fondateur et membre du Comité de rédaction de *La Gynécologie*.
Membre fondateur et membre du Comité de rédaction de la *Semaine gynécologique*.
Membre du Comité de rédaction de la *Revue internationale de médecine et de chirurgie*.
Membre du Comité de rédaction du *Bulletin de thérapeutique*.

I

PATHOLOGIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALES

I

PATHOLOGIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALES

THÈSES

1. — Des lésions traumatiques portant sur les tissus malades.

(*Thèse de Doctorat*, 1877. — Médaille d'argent.)

Ce travail fait sous l'inspiration du professeur Verneuil reflète les idées de ce maître et de cette époque, il démontre les divers modes de réaction des tissus devant les causes vulnérantes, quand ces tissus sont entachés d'une tare locale; il fait partie d'une étude chère au professeur Verneuil, *blessure*, *blessé*, *milieu*. Les opinions émises dans ce travail ont dû être modifiées devant les immenses progrès de l'antisepsie et de l'asepsie qui permettent les opérations et les succès opératoires même sur des tissus septiques ou de mauvaise qualité.

2. — Comparaison des arthropaties rhumatismales, scrofuleuses et syphilitiques.

(*Thèse d'agrégation*, 1878.)

A une époque où les données de l'anatomie pathologique étaient encore très vagues et très incomplètes sur ces divers sujets, cette thèse devait être surtout un travail de clinique; elle marque un pas en avant en remplaçant franchement l'idée de *scrofule* par celle de *tuberculose* et en faisant reconnaitre nettement la nature des fongosités.

3. — Des tumeurs aiguës et chroniques de la cavité prévésicale
(cavité de Retzius).

(*Thèse d'agrégation*, 1880.)

Tous les faits épars dans la littérature relatifs à l'anatomie et à la pathologie de la cavité de Retzius sont réunis dans ce travail devenu classique. De nouvelles recherches anatomiques faites par la dissection de nombreux cadavres montrent la réalité et les limites d'une loge spéciale, située en avant de la vessie, dans laquelle peuvent se développer avec une physionomie spéciale des inflammations, des collections sanguines et des tumeurs proprement dites. Toutes les observations parues sur ce sujet y sont analysées et discutées au point de vue des symptômes et du diagnostic ; c'est le travail d'ensemble le plus complet sur la question.

COMMUNICATIONS AUX SOCIÉTÉS SAVANTES

1° SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

4. — **Lymphadénome du cou. Hypertrophie cérébrale.**

(*Bulletin de la Société anatomique*, 1871).

5. — **Plaie du fémur par arme à feu** (pièce déposée au musée Dupuytren.)

(*Ibid.*)

6 — **Adhérence du ventricule gauche au péricarde; dilatation du ventricule droit, insuffisance tricuspide secondaire.**

(*Ibid.*, 1872.)

7. — **Altération du foie chez un alcoolique.**

(*Ibid.*)

8. — **Cancer encéphaloïde du trigone vésical; hydronéphrose, abcès dans les reins; œdème pulmonaire, mort.**

(*Ibid.*)

9. — **Kystes séreux du foie suppurés; infection purulente consécutive.**

(*Ibid.*)

10. — **Cancer de l'utérus; kyste de la trompe de Fallope.**

(*Ibid.*)

11. — **Altérations articulaires et viscérales diverses observées chez un goutteux.**

(*Ibid.*)

12. — Anévrisme de la valvule mitrale; soufle d'insuffisance; infractus rénaux.

(*Ibid.*)

13. — Kyste hydatique du foie communiquant avec la vésicule biliaire considérablement distendue.

(*Ibid.*)

14. — Mélanodermie, tuberculisation de la capsule surrénale droite.

(*Ibid.*)

15. — Sur les déformations de la trachée causées par le goitre.

(*Ibid.*, 1873.)

16. — Fistule vésico-vaginale opérée sans succès; péritonite suraiguë sans rapport direct avec cette lésion ni avec l'opération; difficultés du diagnostic.

(*Ibid.*, 1874.)

17. — Sarcome de l'ethmoïde ayant envahi les cavités orbitaire et cranienne; abcès du cerveau.

(*Ibid.*)

2° SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

18. — Ablation d'un goitre hypertrophique simple; infiltration purulente du médiastin; mort.

(*Bulletins de la Société de chirurgie*, 1882.)

19. — Perforation de l'artère poplitée dans un foyer purulent; ligature de la fémorale; mort.

(*Ibid.*)

20. — Coup de pied de cheval; rupture de l'intestin grêle sans contusion des parois abdominales; péritonite suraiguë; laparotomie; résection et suture de l'intestin; mort au 10e jour.

(*Ibid.*, 1883.)

Cette observation marque une date importante dans l'histoire de la chirurgie abdominale; c'est *la première fois* que, de parti pris, après examen raisonné des symptômes, l'ouverture du ventre est faite pour remédier à une lésion profonde, sans conlusion ni plaie des parois. Cette pratique est aujourd'hui devenue courante et constitue presque un dogme chirurgical; on peut donc considérer comme un honneur pour notre chirurgie française qu'elle soit partie de chez nous. Le Pr Berger, dans le savant rapport qu'il fit sur cette observation, n'a pas manqué d'en mettre en relief l'originalité et la priorité consacrée et confirmée par sa grande érudition.

Un homme de 29 ans reçoit à midi et demi deux coups de pied de cheval sur le ventre; le lendemain à l'heure de la visite, il présente tous les phénomènes d'une péritonite suraiguë; après discussion des symptômes il paraît évident qu'il ne peut s'agir que d'une *péritonite par perforation et par rupture de l'intestin.* La laparotomie est décidée et exécutée 22 heures après l'accident; elle permet de constater une série de lésions intestinales, allant de l'ecchymose jusqu'au sphacèle de la paroi et une rupture de l'intestin large environ d'un centimètre; elle montre la nécessité de faire la résection d'environ 10 centimètres d'intestin pour enlever toutes les parties blessées et suspectes. La continuité de l'intestin est rétablie par une suture intestinale bout à bout. La péritonite est arrêtée d'emblée par cette intervention et le malade marchait vers la guérison quand au 10e jour une intervention malheureuse rompit des adhérences au

niveau d'un anus contre nature, développé secondairement et provoqua une péritonite mortelle.

Cette observation et les commentaires dont elle est accompagnée se terminent par des conclusions qui ne sauraient être désavouées aujourd'hui et ont été largement confirmées depuis par les pratiques et les conquêtes actuelles :

1° La recherche de l'intestin déchiré dans la cavité abdominale est une opération autorisée;

2° La toilette minutieuse d'un péritoine atteint d'une péritonite au début par épanchement stercoral peut arrêter net l'inflammation de la séreuse;

3° Le plus gros danger après la résection et la suture de l'intestin réside comme dans toutes les opérations de ce genre, dans la possibilité de la disjonction de la suture;

4° Tous les efforts doivent tendre au perfectionnement de cette suture;

5° Il est prudent de laisser la portion suturée et réduite au voisinage de la ligne de réunion de la paroi abdominale;

6° Il est important de nourrir ces malades avec une extrême prudence;

7° Il est permis d'espérer que l'expérience de faits semblables et l'acquisition de perfectionnements successifs donneront, par cette conduite, des succès complets dans les ruptures traumatiques de l'intestin où l'intervention pourra être précoce.

21. — De la corde épiploïque.

(*Ibid.*, 1883.)

La corde épiploïque indique que l'épiploon est irréductible, soit par adhérence en un point quelconque du trajet herniaire, soit par hypertrophie de ses éléments incarcérés dans le sac.

Ces conclusions sont tirées de faits recueillis dans la littérature médicale et d'une observation personnelle.

Dans cette observation, l'épiploon était adhérent par une espèce de pédicule large d'environ un centimètre et demi à la partie inférieure du sac, immédiatement au-dessus du testicule. Ces adhérences, solides, anciennes, n'ont pu être décollées; il a fallu les sectionner et tout aussitôt l'épiploon libéré a disparu dans la cavité abdominale. La constatation de cette corde épiploïque contre-indique le taxis et conduit à des indications différentes.

22. — Opération d'Estlander; empyème chronique, résection d'une portion de la 6e et de la 7e côte; guérison.

(*Ibid.*, 1883.)

Le rapport du Pr Berger sur cette observation commence ainsi : « Il faut

savoir gré à M. Bouilly d'avoir attiré notre attention sur une opération qui n'a pas encore été soumise au jugement de la Société de chirurgie.

« Je veux parler de l'opération d'Estlander, de la thoracoplastie, de la résection de plusieurs segments de côtes pratiquée dans l'intention d'amener à guérison des fistules pleurales plus ou moins anciennes, consécutives à des empyèmes chroniques. »

C'est la première opération de ce genre pratiquée à Paris (29 août 1882). Depuis cette époque, cette intervention plus ou moins modifiée est devenue classique et est entrée dans la pratique courante.

23. — Empyème chronique; fistule pleuro-cutanée datant de cinq ans; résection des 6e, 7e, 8e, 9e et 10e côtes; guérison rapide, présentation du malade.

(*Ibid.*, 1884.)

La guérison fut obtenue avec une rapidité remarquable comparée à l'ancienneté du cas qui durait depuis cinq ans. Les raisons de ce succès paraissent dues :

1° A l'excellent milieu de la campagne dans laquelle se trouvait l'opéré;

2° A sa jeunesse, grâce à laquelle les arcs costaux peuvent facilement et rapidement se déprimer;

3° A la grande étendue de la résection (5 portions de 5 côtes) comparée à la faible surface de la cavité suppurante;

4° A l'antisepsie rigoureuse et à la compression méthodiquement employée avec des éponges et la bande de caoutchouc pendant tout le traitement.

23. — Traitement des consolidations vicieuses de la fracture de l'extrémité inférieure du radius.

(*Ibid.*)

Ce travail, basé sur trois observations personnelles, conclut très nettement en faveur de l'ostéotomie contre l'ostéoclasie, qui ne peut donner que de mauvais résultats.

Le danger de ces consolidations vicieuses est la compression du nerf médian avec toutes ses conséquences; il faut intervenir de bonne heure avant l'invasion des dégénérescences du nerf et se rappeler que dans ces cas le retour des fonctions nerveuses ne se fait que lentement et à la longue.

24. — Cure radicale d'une volumineuse hernie inguinale.
(Présentation de malade.)

(*Ibid.*)

Il s'agit d'un malade jeune porteur d'une volumineuse hernie inguinale

double facilement réductible, mais impossible à maintenir réduite, quel que soit le bandage employé; la cause de la difficulté de cette contention venait de la largeur excessive de l'anneau inguinal. Désespérant de guérir radicalement ce malade, l'auteur voulait tout au moins le mettre à même de porter un bandage; pour cela, il ouvrit le sac, réséqua les trois quarts environ du péritoine resté au dehors et fit, au niveau du collet du sac, une suture en bourse destinée à interrompre toute communication entre l'abdomen et les bourses. Le malade guérit et put avantageusement porter un bandage.

Il y a lieu de faire remarquer qu'à cette époque il n'était pas question de la cure radicale de la hernie et que cette opération peut être considérée comme une des premières tentatives de cette intervention devenue aujourd'hui absolument de pratique courante.

25. — Discussion sur l'opération d'Estlander.

(*Ibid.*)

La première communication que j'ai faite sur ce sujet (1883) a suscité un mouvement considérable et provoqué de nombreux opérateurs, MM. Berger, Lucas-Championnière, Poirier, Erhmann, Saltzmann, Chauvel, etc., à répéter cette opération et à communiquer de nouveaux faits.

Dans la séance du 15 octobre 1884, à propos de deux observations de M. Chauvel, je pouvais fournir une nouvelle statistique de l'opération et donner les indications et contre-indications de l'opération.

C'est dans cette communication que se trouve proposée et exécutée pour la première fois la *résection* de la plèvre épaissie comme complément de la résection costale pour la cure des suppurations pleurales.

26. — Fistules stercoro-purulente; suture intestinale; insuccès de la suture, mort rapide.

(*Bulletins de la Société Chirurgie* 1885.)

Fistule étendue de l'intestin grêle; nombreuses adhérences des anses intestinales entre elles et avec la paroi de l'abdomen : difficultés de la suture; mort avec des accidents pouvant faire penser à l'intoxication urémique.

27. — Rapport sur une observation du Dr Grynfelt; injections intra-uréthrales de cocaïne pour faciliter le cathétérisme.

(*Ibid.*)

L'historique de la question des injections de cocaïne dans l'urèthre, les

doses de liquide à injecter et les bénéfices de cette pratique sont exposés et discutés dans ce rapport.

28. — Prostatite tuberculeuse suppurée et fistules périnéales ; grattage et ablation de la prostate à la cuiller tranchante ; guérison (Avec présentation du malade.)

(*Ibid.*)

Ce malade opéré en 1885 (17 juillet) est encore actuellement en bonne santé ; il est un des exemples les plus heureux du traitement de la tuberculose génito-urinaire par une opération encore inconnue à cette époque ou si peu répandue qu'aucun de nos collègues ou maîtres des hôpitaux n'en avait pratiqué de semblable. Avec les progrès de la chirurgie, cette intervention est entrée dans la pratique courante et a donné les plus beaux succès (voir *thèse Rob. Proust*, de la *prostatectomie*, Paris 1900).

29. — Discussion sur le traitement des kystes hydatiques du foie par la laparotomie.

(*Bulletins Soc. Chirurgie* 1886.)

L'auteur rapporte *quatre* cas d'abcès du foie traités par la laparotomie. Dans le cas où le foie n'est pas adhérent à la paroi, il recommande de fixer le tissu hépatique par une série d'anses de fil avant de vider la collection pour prevenir le retrait de l'organe et conserver le parallélisme entre l'incision cutanée et l'incision hépatique.

30. — Kyste hydatique intra-péritonéal enlevé par la laparotomie ; guérison.

(*Ibid.*)

L'intérêt de l'observation se tire du siège du kyste hydatique développé dans la région de l'ombilic, en pleine cavité péritonéale, enveloppé de tous côtés par des adhérences de nouvelle formation lui ayant formé une poche cellulo-fibreuse résistante et isolante. La poche hydatique est enlevée en totalité. Le diagnostic avait pu être établi avant l'opération.

31. — Kyste hydatique du poumon ; ouverture ancienne dans les bronches ; suppuration abondante et fétide ; pneumotomie ; guérison.

(*Ibid.*)

Homme de 46 ans, très affaibli, asphyxiant, tourmenté par des quintes incessantes de toux dans lesquelles il rejette un pus horriblement fétide ; les antécédents du malade et les phénomènes d'auscultation permettent à mon savant ami le Dr A. Gombault de formuler le diagnostic suivant : vaste cavité suppurante intra-pulmonaire ayant succédé à l'évacuation d'un kyste hydatique par les bronches, et de conclure à la nécessité d'une intervention chirurgicale.

Opération le 3 juillet 1886 ; formation d'un grand lambeau cutané en V à base supérieure ; incision verticale du grand et du petit pectoral ; résection dans l'étendue de 6 à 7 centimètres de la 4e et de la 3e côtes ; ponction avec un trocart de l'appareil Potain à travers la plèvre de la caverne pulmonaire ; incision de la plèvre et du poumon au thermo-cautère ; évacuation, nettoyage et tamponnement de la caverne pulmonaire.

Le malade guérit en deux mois, conservant au niveau du lieu opéré une énorme dépression par laquelle sont excrétées quelques mucosités purulentes ; il revint à la santé et put être employé dans l'hôpital comme garçon de cour.

C'est la *première opération de pneumotomie faite en France* de parti pris. Dans les détails qui suivent, les indications et le manuel opératoires sont longuement discutés et exposés. La résection costale y est présentée comme une opération préliminaire indispensable ; l'incision du tissu pulmonaire doit être faite au thermo-cautère ; le meilleur mode d'hémostase est le tamponnement ; toute irrigation doit être proscrite dans la cavité pulmonaire ; les drains doivent être assez courts pour ne pas irriter et contondre le tissu pulmonaire.

Toutes ces données nouvelles à cette époque n'ont été que confirmées par le temps et ont trouvé leur application depuis cette époque dans un grand nombre de cas semblables.

32. — Discussion sur le traitement des plaies de l'intestin.

(*Bullet. Soc. Chirurgie* 1887.)

C'est la réaction péritonéale qui fournit les indications pour l'opération ; elle est variable suivant qu'il s'agit d'un épanchement de matières fécales, de bile ou d'urine ; si l'un de ces épanchements se produit, les accidents sont immédiats ; il *faut opérer de suite.*

33. — Kystes hydatiques de l'épiploon et du petit bassin; laparotomie; ablation.

(*Ibid.*)

La pièce consiste en une série de kystes hydatiques disséminés entre les feuillets du grand épiploon; ces kystes sont au nombre de 12 à 15, gros chacun en moyenne comme un gros œuf de poule; ils sont inclus entre les feuillets de l'épiploon qui leur adhèrent entièrement. La plupart de ces kystes ont pu être enlevés en entier en pédiculisant la portion d'épiploon dans laquelle ils étaient inclus.

D'autres kystes du même volume et de volume moindre étaient enclavés dans le cul-de-sac recto-utérin, très bas, jusque dans le cul-de-sac de Douglas.

34. — Opération d'Estlander datant de vingt-deux mois; guérison complète; présentation du malade.

(*Ibid.*)

Garçon âgé de 21 ans, au moment de l'intervention, atteint d'une pleurésie en 1883, présentant en 1885 une énorme cavité suppurante et étant dans l'état cachectique le plus misérable.

Le 25 septembre 1885, large résection des 3e, 4e, 5e, 6e, 7e, 8e, 9e, sur une longueur de 7 à 9 centimètres pour chaque côte; incision verticale de la plèvre; nettoyage de la cavité suppurante qui est énorme. « Je ne pouvais croire qu'une pareille cavité arriverait à se combler malgré la très large perte de substance faite à la paroi et mon opération terminée, je regrettais presque de l'avoir entreprise, en prévoyant son inutilité et sa gravité. » (P. 492. *Bullet. Soc. Chirurgie* 1886.)

Guérison rapide. Deux ans après, le moribond de 1885 est un garçon fort et vigoureux.

Le thorax du côté opéré est curieux à examiner : dans la région mammaire gauche, la dépression est énorme, elle pourrait facilement loger le poing d'un adulte; elle est encore exagérée par la saillie considérable que font les côtes inférieures non sectionnées, qui se sont relevées et portées en haut et en avant. Tout ce côté gauche du thorax est mince, aplati et contraste d'une manière frappante avec le côté droit bien convexe et solidement développé.

35. — Discussion sur l'ostéomyélite des adultes.

(*Bullet. Soc. Chirurgie*, 1888.)

Deux observations d'ostéomyélite de l'adulte, l'une chez une femme ayant guéri après l'incision de la collection et la trépanation de l'os; l'autre chez un

homme vu en pleine septicémie et ayant succombé après une simple incision insuffisante d'un énorme abcès ayant décollé tout le périoste du fémur.

36. — Discussinn sur le drainage de la cavité péritnnéale.

(*Ibid.*)

Les indications du drainage après la laparotomie doivent être aussi restreintes que possible; ce drainage est réalisé d'une manière suffisante par un tube en caoutchouc rouge, très gros, placé dans le cul-de-sac de Douglas; il doit être en général retiré au bout de 48 heures, il fournit le plus souvent une grande quantité sérosité sanguinolente. Le tamponnement à la Mikulicz de doit être réservé pour les grandes cavités suppurantes.

37. — Tumeur maligne de la réginn ilén-cæcale de l'intestin; résection et suture immédiate de l'intestin, guérisnn ; présentation de l'npérée.

(*Ibid.*)

Cette opération est la *première* observation à Paris de résection du segment iléo-cæcal de l'intestin. Il s'agit d'une femme de 44 ans, d'apparence malingre, très affaiblie, présentant une tumeur de la fosse iliaque droite et des phénomènes d'obstruction intestinale chronique, allant toujours en augmentant. Le 6 décembre 1887, la laparotomie médiane permet de constater que la tumeur est développée aux dépens de la région iléo-cæcale de l'intestin ; l'intestin est réséqué de manière à enlever tout le néoplasme ; la longueur totale d'intestin réséqué est de 16 centimètres, comprenant 6 centimètres pour l'intestin grêle et 10 pour le gros intestin; une série de ganglions suspects sont enlevés du mésentère. La continuité intestinale est immmédiatement rétablie par l'entérorraphie circulaire avec de la soie fine.

La malade guérit simplement et succomba *huit ans* plus tard à de la tuberculose généralisée.

Outre l'intérêt clinique du cas et le succès opératoire et thérapeutique, absolument nouveau et inédit à cette époque, l'histoire anatomo-pathologique de ce fait est des plus curieuses. La pièce anatomique examinée par le Dr Pilliet fut d'abord prise et décrite sous le nom de *Lympho-sarcome* ou plutôt de *Lympho-sarcome limité*. Plus tard, cette même pièce examinée de nouveau, après des recherches histologiques plus perfectionnées, fut reconnue comme une *tuberculose iléo-cæcale*. Sa description devint l'occasion de recherches nouvelles et constitue le point de départ de l'étude des *tuberculoses localisées* à la région iléo-cæcale; elle est citée dans tous les travaux plus récents qui ont paru sur ce sujet.

3° PUBLICATIONS MÉMOIRES

38. — De la marche de la température dans la pleurésie séreuse.

(*Mouvement médical* 1873.)

La pleurésie constitue une maladie dans laquelle l'épanchement ne semble être qu'un des éléments de l'affection. L'étude suivie de la température montre que la fièvre peut continuer, alors qu'il n'y a plus d'épanchement et qu'elle n'est pas en rapport avec la nature ni la quantité de cet épanchement. Quelle que soit l'évolution de ce dernier traité ou non par la thoracentèse, la maladie entière dure toujours à peu près le même temps, de dix-huit à vingt-cinq jours, et même plus, jusqu'au retour complet de la température à la normale.

39. — Recherches sur les rapports qui existent entre les signes de la pleurésie et la quantité d'épanchement.

(*Archives générales de Médecine*, 1876 mars-avril.)

Ce travail est basé sur cinquante-cinq observations personnelles de pleurésies traitées par la ponction et dans lesquelles le contrôle des signes put être fait par l'examen de la quantité du liquide retiré. Il a pour but de comparer les signes à la quantité de liquide et de voir quelle est la valeur de chacun d'eux ou de tous groupés ensemble, au point de vue du diagnostic soit de l'épanchement, soit de sa quantité.

Les signes de la pleurésie sont fournis: A. par l'examen *chirurgical de la poitrine*; B. par l'auscultation.

Pour le diagnostic de l'épanchement et de sa quantité, les résultats de l'*examen* chirurgical de la poitrine sont plus probants que ceux fournis par l'auscultation.

40. — Des rapports du traumatisme et des affections constitutionnelles.

(*Archives générales de Médecine*, 1877.)

Ce mémoire reflète les idées du professeur Verneuil sur l'influence des affections constitutionnelles et des lésions viscérales sur la marche des traumas.

L'alcoolique, l'albuminurique, le diabétique, le paludique ne réagissent pas

les uns et les autres de la même manière en face du traumatisme ou de la même façon que l'homme sain. Les complications sont également fréquentes et variées chez les sujets atteints de lésions viscérales, hépatiques, rénales, etc.

Néanmoins, l'auteur fait déjà entrevoir que la meilleure impulsion donnée à la chirurgie par l'antisepsie naissante fera sans doute modifier les idées régnantes sur ce sujet et diminuera l'importance des lésions constitutionnelles et des tares viscérales.

41. — De la cellulite pelvienne diffuse.

(*Archives générales de médecine*, janvier, février 1879.)

La *cellulite pelvienne* diffuse est l'inflammation du tissu cellulaire sous-péritonéal, succédant aux opérations pratiquées sur les organes du petit bassin, en dehors de la zone réputée dangereuse, c'est-à-dire du péritoine.

Ce travail est basé sur 10 observations.

Après des opérations graves portant sur le rectum et quelquefois aussi après un simple débridement de fistule à l'anus et une simple rectotomie linéaire, éclate, peu de temps après l'opération, une crise grave, débutant par une fièvre très intense et prenant rapidement les caractères d'une septicémie suraiguë. La marche de cette complication est uniforme; elle tend d'un pas égal et rapide vers la terminaison fatale.

La cellulite pelvienne diffuse se caractérise par sa tendance à envahir le tissu cellulaire sous-péritonéal, non seulement du petit bassin mais des fosses iliaques, de la région lombaire, de la paroi abdominale antérieure, jusqu'au niveau de la région ombilicale. La lésion peut aller jusqu'à la production d'une nappe diffuse purulente; il peut n'y avoir qu'une infiltration étendue de sérosité abondante qui ne s'écoule pas à la section ni même à la pression.

Cette complication paraît due à l'infiltration des matières et des gaz de l'intestin; cette infiltration est faite et favorisée par les manœuvres d'exérèse; elle est due également au mauvais mode de pansement ayant en général le caractère d'un tamponnement et faisant obstacle à l'écoulement du liquide.

Elle est manifestement d'origine septique et sa nature peut être rapprochée de celle de l'érysipèle avec lequel elle peut coïncider.

42. — Sarcome du sciatique, résection du nerf, mal perforant; variole.

(*Archives générales de médecine*, 1880.)

Après la résection d'une portion étendue du nerf sciatique envahie par un volumineux sarcome, il se produisit au pied correspondant une ulcération ayant le siège et tous les caractères du mal perforant plantaire; cette ulcération sur-

vint pendant le séjour du malade au lit et sans aucune cause d'irritation locale.

C'est un fait qui vient à l'appui de la *pathogénie nerveuse* du mal perforant.

42. — De la contusion du nerf sciatique et de ses conséquences.

(*Archives générales de médecine*, décembre 1880.)

A la suite d'un traumatisme ayant intéressé la région fessière et présentant les caractères de la contusion, après la disparition des premiers phénomènes, le membre inférieur reste frappé d'impotence fonctionnelle; les masses musculaires de la fesse, de la cuisse dans sa totalité, aussi bien en avant qu'en arrière, s'atrophient; quelquefois il se fait des troubles vaso-moteurs se traduisant par de l'œdème péri-malléolaire et des modificatiuns de la température du membre. Il existe des signes non douteux d'une irritation du nerf sciatique ne se bornant pas au tronc du nerf, mais remontant jusqu'à la moelle.

Ce travail est basé sur deux observations personnelles détaillées et deux observations recueillies dans la littérature médicale.

43. — De l'ostéomyélite pendant la croissance.

(*Gazette médicale de Paris*, 12 avril 1879, p. 189.)

Le nom d'*ostéomyélite* traduit en langage anatomique le point de départ précis et constant que M. Lannelongue assigne à cette inflammation aiguë des os décrite sous tant de noms divers et dont Chassaignac a donné le premier une description magistrale (1853).

L'os doit être considéré comme baignant dans la moelle, située à la fois dans le canal médullaire, sous le périoste et dans les canaux de Havess. M. Lannelongue place le point de départ constant de l'ostéite des adolescents dans ces cellules si vivaces de la moelle, siège incessant du mouvement de nutrition et de dénutrition. Le périoste n'est jamais primitivement malade.

La trépanation qui fouille l'os dans la profondeur a démontré par ses heureux résultats que la lésion n'est pas sous-périostée.

Cet article résume les discussions de l'Académie de Médecine à propos de la communication de M. Lannelongue et l'auteur s'y prononce formellement pour l'adoption du terme d'ostéomyélite et la nouvelle et unique conception de l'affection décrite sous des noms divers qui n'en rappellent que ses phases ou des aspects divers.

44. — De la phosphaturie ; rapport avec certaines affections chirurgicales.

(*Gazette médicale de Paris*, 17 mai 1879, p. 249.)

L'élimination exagérée et parfois considérable de sels phosphatés entraîne un certain nombre de troubles et de lésions comparables à ceux du diabète, à tel point que M. Teissier n'hésite pas à donner à cet état le nom de *diabète phosphatique*, qui ne serait qu'un diabète sucré latent ou transformé. A mon avis, il vaut mieux donner à cet état le nom de *phosphaturie*, qui ne préjuge en rien de la nature des accidents et donne la caractéristique de la maladie.

L'étiologie et l'anatomie pathologique ne donnent que peu de renseignements sur les causes et les lésions de cet état. En dehors des troubles de la sécrétion urinaire, de la dénutrition générale qui appartiennent au côté médical de la question, on a observé des cataractes, avec des résultats opératoires déplorables, des suppurations profuses, des hémorrhagies, des retards de consolidation dans les fractures, des fractures spontanées, des lésions osseuses anciennes. Il est difficile de se défaire de l'idée que certaines affections et surtout les affections osseuses ne reconnaissent pas pour cause directe le défaut ou l'excès des phosphates (Verneuil.)

45. — De l'ostéomyélite et des abcès des os.

(*Gazette médicale de Paris*, 28 juin 1879, p. 329.)

Il y a un lien inconnu jusqu'à ce jour entre l'ostéomyélite aiguë et les collections purulentes enfermées au sein du tissu osseux et connues sous le nom *d'abcès douloureux* des os.

On peut distinguer deux formes : 1° une forme aiguë, rapide, *l'ostéomyélite diffuse* ; 2° une forme lente et tout-à-fait chronique succédant à la chute des phénomènes inflammatoires ou s'établissant d'emblée, l'*ostéomyélite circonscrite* terminée par la formation d'un abcès intra-osseux. Ces abcès se rattachent toujours à l'ostéomyélite des os en voie de développement. Cette ostéomyélite peut évoluer par étapes d'une durée indéfinie, de 5, 10, 15, 20 ans et encore plus, et revêtir à cette période tardive des aspects qui peuvent faire méconnaître son origine.

Les abcès osseux avec leur symptomatologie bien connue, avec leurs lésions hypertrophiques osseuses ou nécrosantes ne sont pas autre chose qu'une conséquence éloignée de l'inflammation de la moelle osseuse pendant le jeune âge ou l'adolescence.

46. — De l'ankylophobie.

(*Gazette médicale de Paris*, 2 août 1879, p. 393.)

L'immobilisation prolongée des articulations est-elle capable de produire l'ankylose, comme la chose est si souvent redoutée? Elle n'ankylose pas les articulations *saines*; elle tend plutôt à la prévenir dans les articulations *malades* en faisant tomber les phénomènes inflammatoires et douloureux des arthrites.

Certaines de ces arthrites sont du reste particulièrement ankylosantes, telles que l'arthrite blennorrhagique et une variété d'arthrite rhumatismale à laquelle j'ai donné le nom d'*arthrite plastique*. Mais l'observation des faits démontre que le plus souvent il s'agit d'arthrites mal soignées et mal immobilisées et que l'ankylose n'est probablement due qu'à l'absence ou à l'insuffisance de l'immobilisation.

Un des éléments dont il y a lieu de tenir grand compte dans le rétablissement des mouvements est l'atrophie musculaire péri-articulaire qu'il est indispensable de combattre par les moyens appropriés.

47. — Traité des corps étrangers en chirurgie, par A. Poulet.

(Analyse in *Gazette médicale de Paris*, 16 août 1879, p. 427.)

48. — Chirurgie d'urgence : ligature simultanée de l'artère et de la veine fémorales.

(*Gazette médicale de Paris*, 27 septembre 1879, p. 489.)

Il s'agit d'un garçon boucher ayant reçu à la partie interne et moyenne de la cuisse gauche un coup de couteau ayant déterminé une hémorrhagie formidable. On constate une petite plaie et un énorme épanchement sanguin dans la cuisse, et tous les symptômes graves de l'anémie aiguë par hémorrhagie.

Après l'application du tube d'Esmarch, il est procédé exactement comme pour la recherche de l'artère à la partie moyenne de la cuisse. L'artère était nettement sectionnée en travers, sans trace de caillots; elle est liée. Au-dessous d'elle la veine fémorale est coupée obliquement en biseau et déchiquetée sur ses bords; elle est isolée et liée. Les bouts inférieurs des vaisseaux sont ensuite cherchés et liés.

Après ablation du tube d'Esmarch, pas une goutte de sang ne s'écoulait par la plaie.

48 *bis*. — L'œuvre de Chassaignac.

(*Gazette médicale de Paris*, 11 octobre 1879, p. 513.)

Chassaignac a été à la fois un inventeur heureux, un chirurgien avisé, un opérateur habile, un auteur estimé.

L'invention de l'*écraseur-linéaire* et surtout celle du *drainage chirurgical* représentent des conceptions de premier ordre fondées sur une observation juste des faits. La possibilité de sectionner les tissus par écrasement sans hémorrhagie, le bienfait d'une canalisation continue dans l'immense majorité des affections purulentes et kystiques appartiennent tout entiers comme idée et exécution à Chassaignac.

A coté de ces inventions instrumentales, il écrit l'admirable histoire des *abcès sous-périostiques* et de l'*ostéomyélite* et laisse son nom attaché d'une manière ineffaçable à l'étude de cette maladie qu'il crée pour ainsi dire de toutes pièces.

49. — Le traitement de l'ankylose du genou par la résection.

(*Gazette médicale de Paris*, 23 août 1879, p. 429.)

La résection ne doit pas être appliquée indistinctement à tous les cas d'ankylose angulaire du genou; elle doit s'appliquer aux cas où le *redressement forcé* ne saurait être obtenu sans dangers, toutes les fois qu'il s'agit d'ankylose osseuse. On obtient souvent même dans l'ankylose fibreuse un *brisement forcé*.

Une autre contre-indication du redressement forcé est tirée de la récidive presque constante de la flexion et, chez les jeunes sujets, de la déformation des surfaces articulaires à la suite de laquelle se produit une véritable luxation.

L'ankylose osseuse, l'ankylose consécutive à l'arthrite à répétitions, l'ankylose avec hypertrophie des condyles fémoraux, réclament l'ostéotomie diaphysaire ou la résection. La supériorité reste peut-être à la résection qui comporte à la fois le traitement de l'arthrite et de l'ankylose qui en a été la conséquence.

Depuis 1864, sur 36 cas il n'y a pas *une seule mort*; sur 67 faits où sont mentionnés les résultats définitifs, il n'y aurait eu qu'*un insuccès*.

50. — Des froidures.

(*Gazette médicale de Paris*, 3 janvier 1880, p. 3.)

Le froid excessif ou prolongé agit de diverses manières sur l'économie animale; ou bien il produit des phénomènes généraux capables d'entraîner la mort dans un temps plus ou moins court, ou bien il détermine des accidents locaux

d'une intensité variable, allant depuis la simple onglée jusqu'à la congélation complète et la mort d'un segment de membre.

L'*onglée*, l'*engelure* et la *congélation* représentent trois degrés de la froidure, dus à des troubles de la circulation locale, allant jusqu'à l'arrêt du cours du sang dans les tissus. Il est probable qu'il faut ajouter aux troubles vasculaires des troubles nerveux, peut-être dus à la coagulation de la myéline, et se traduisant par l'hyperesthésie, l'analgésie, l'anesthésie, les ulcérations rebelles, les douleurs violentes persistant quelquefois même après la guérison des ulcérations et l'atrophie des muscles du membre lésé.

L'enveloppement des parties congelées dans un pansement ouaté calme la douleur comme par enchantement au bout de 20 à 30 minutes.

51. — La chirurgie et le pansement antiseptique en Allemagne et en Angleterre, par M. G. du Pré.

52. — Du diagnostic de la pierre dans la vessie.

(Analyse in *Gazette médicale de Paris*, 17 janvier 1880, p. 40.)

53. — Chirurgie pratique : hématocèle ancienne de la tunique vaginale; excision et cautérisation.

(*Gazette médicale de Paris*, 11 septembre 1880, p. 477.)

L'observation est intéressante par les indications thérapeutiques spéciales et par l'état local et l'état général du sujet.

Il s'agit d'un vieillard de 69 ans, type d'*alcoolique de la classe aisée*, portant depuis 12 ans une tumeur de la bourse gauche en voie d'inflammation phlegmoneuse, ayant le caractère d'une hématocèle ancienne. Une ponction exploratrice est suivie de la recrudescence rapide de tous les phénomènes inflammatoires, avec menace de gangrène.

D'urgence et pour parer aux dangers d'hémorrhagie et d'infection, une large brèche est pratiquée à la partie antérieure de la tumeur avec l'écraseur linéaire qui enlève une tranche en forme de côte de melon; une large évacuation de caillots est obtenue et les bords de la plaie sont vigoureusement touchés au thermocautère.

La guérison se fit avec une rapidité exceptionnelle.

L'opération, peu brillante en elle-même, a été suivie d'un résultat excellent que n'aurait peut-être pas donné l'excision au bistouri dans ces tissus de mauvaise qualité.

53 *bis*. — La néphrectomie.

(*Gazette médicale de Paris*, 11 et 25 décembre 1880, pp. 658 et 690.)

Revue sur les divers cas de néphrectomie pratiquée jusqu'à ce jour, avec analyse des observations.

54. — L'épithelioma de la langue et son traitement.

(*Gazette médicale de Paris*, 29 janvier 1881, p. 50.)

Dans l'immense majorité des cas, le cancer de la langue est un *epithelioma*, variété de cancer à évolution locale, envahissant les tissus de proche en proche et infectant les ganglions de voisinage par la voie lymphatique, mais impuissant à infecter l'économie par un transport à distance dans des organes éloignés.

Si l'on peut donc espérer que l'ablation complète peut être suivie d'une guérison, il faut toujours craindre de laisser des parties suspectes et se rappeler que l'ablation incomplète ne fait que donner un coup de fouet à la lésion. Le *spes unica* est donc l'opération hâtive et large. L'exérèse doit être faite de toutes les parties qui peuvent être envahies et on ne doit pas se contenter des ablations par la voie buccale seule; elle doit viser en même temps que la portion malade de la langue toute la partie correspondante du plancher de la bouche et elle ne peut se faire utilement que par la voie sus-hyoïdienne.

55. — De l'entérectomie.

(*Gazette médicale de Paris*, 19 février 1881, p. 88.)

Avant de juger cette opération dans ses résultats, il est nécessaire de contrôler sévèrement les cas auxquels elle s'adresse et de ne pas ranger dans une même catégorie les cancéreux chez lesquels doit dominer plutôt le principe d'une opération palliative, et les malades atteints d'obstruction intestinale, chez lesquels la levée de l'obstacle met fin à toute la maladie.

Dans l'état actuel des choses, c'est surtout le perfectionnement du diagnostic qu'il faut viser plus encore que celui des manœuvres et des procédés opératoires.

L'auteur passe en revue les diverses opérations d'entérectomie faites pour tumeurs de l'intestin et termine on citant les conclusions de Kœberlé, tirées de son observation personnelle après résection de 2 m. 05 d'intestin pour une série de rétrecissements fibreux.

56. — L'anthrax et son traitement chirurgical.

(*Gazette médicale de Paris*, 30 avril 1881, p. 248.)

L'anthrax est loin d'être toujours le même dans son aspect et son évolution. Il y a lieu de poser en principe :

1° Que l'anthrax, véritable affection *deutéropathique*, ne se développe guère que chez des sujets dont la nutrition est dans un état de souffrance, temporaire ou permanent;

2° Que, dans tout anthrax, la tendance primitive et fatale est la mortification, limitée si le cas est léger, progressive si le terrain est mauvais.

Dans son essence, l'anthrax est à la fois grave et douloureux par la distension mécanique et inflammatoire des tissus, et par sa nature maligne qui le fait comporter à la façon des affections septiques et virulentes. Il ne peut être traité de la même façon dans tous les cas; si certains anthrax ne doivent pas être touchés, d'autres doivent être largement attaqués. La thérapeutique, quelle qu'elle soit, doit tendre à ceci : limitation de la tumeur, antisepsie des produits éliminés, élimination aussi rapide que possible de ces produits. (Trélat.)

Les injections phéniquées ou les ponctions de la tumeur, les larges débridements au thermocautère, l'extirpation de la tumeur représentent des degrés divers dans l'échelle du traitement variable suivant les indications locales et générales.

57. — Précis de manuel opératoire (par Farabeuf). **— Ligatures — Amputations.**

(*Analyse* in *Gazette médicale de Paris*, 2 juillet 1881, p. 394.)

58. — Synovite fongueuse des péroniers latéraux.

(*Gazette médicale de Paris*, 30 juillet 1881, p. 437.)

L'étude des tuberculoses locales peut être appliquée avec profit aux synovites tendineuses et avec l'avantage de n'avoir pas à tenir compte du voisinage d'une extrémité osseuse qui peut induire en erreur sur le point de départ exact de la tuberculose.

Ce travail est basé sur une observation de synovite fongueuse des péroniers latéraux, traitée par l'ouverture de la gaine, le raclage soigné des fongosités à la cuiller tranchante et suivie d'une guérison complète avec intégrité des mouvements du pied.

Les détails de l'opération ont fait voir que la lésion avait son siège principal

et peut-être primitif sur le feuillet pariétal de la gaine tendineuse, que la fongosité largement étalée à l'extérieur de la gaine avait respecté le tendon lui-même et que celui ci peut conserver son intégrité et ses fonctions.

Le seul mode rationnel de traitement est le raclage *complet* des fongosités et leur destruction dans tous les points où elles peuvent être décelées.

59. — Clinique chirurgicale : hernie crurale étranglée chez une malade cancéreuse.

(*Gazette médicale de Paris*, 3 septembre 1881, p. 505.)

Il s'agit d'un de ces cas d'étranglement herniaire, véritablement *fruste*, dans lequel les lésions locales s'accomplissent à la sourdine sans soulever dans l'organisme cette révolte habituelle si caractéristique et si propre à forcer l'attention. En outre, la production de ces accidents chez une malade atteinte d'un cancer viscéral ajoute un certain intérêt à cette observation au point de vue des indications et du pronostic.

60. — Déchirure du poumon sans fracture de côtes ; hémopneumothorax ; thoracentèse ; guérison rapide.

(*Gazette médicale de Paris* 15 octobre 1881, p. 584.)

Jeune garçon tombé de la hauteur du troisième étage présentant une certaine agitation et un délire loquace qui pouvaient faire croire à une lésion cérébrale. La pâleur extrême du malade attire l'attention du côté de la recherche d'une hémorrhagie interne ; l'examen détaillé fait constater du pneumothorax et un épanchement dans la cavité pleurale droite. Le diagnostic est ainsi formulé : déchirure du poumon, épanchement d'air et de sang dans la plèvre.

Dans les jours suivants, l'infection du foyer sanguin se produit, la fièvre s'allume et le blessé est en menace d'asphyxie. La thoracentèse faite d'urgence permet de retirer un litre de sang noir, sans qu'on cherche à épuiser la cavité pleurale. Le soulagement fut immédiat et la guérison rapide. A aucun moment, comme nous l'avions supposé dès le début, il ne fut possible de constater de fracture de côtes.

61. — Nécrose syphilitique de la clavicule gauche ; fracture spontanée.

(*Gazette médicale de Paris*, 29 octobre 1881, p. 610.)

Malade de 34 ans, présentant au niveau de la clavicule gauche une vaste ulcération d'aspect déchiqueté et irrégulier et dans la profondeur un corps noir,

qui n'était autre qu'une portion de la clavicule nécrosée et faisant saillie par suite de la fracture de cet os.

Guérison rapide de l'ulcération par le traitement spécifique et élimination des fragments osseux nécrosés après vingt-cinq jours de médication.

62. — Rétention d'urine au troisième mois de la grossesse; rétroflexion de l'utérus; deux cathétérismes; réduction de l'organe; guérison rapide.

Le titre de l'observation suffit à en donner le résumé.

Le fait le plus intéressant est qu'après deux cathétérismes à un jour d'intervalle, en faisant placer la malade en position génu-pectorale, l'index droit introduit dans le rectum put refouler doucement le globe utérin en avant et avoir la sensation très nette du mouvement de bascule qui s'opérait avec déplacement de l'utérus en avant.

La grossesse ne fut aucunement influencée ni par l'incident ni par les manœuvres.

62 *bis*. — L'anesthésie chloroformique.

(*Gazette médicale de Paris*, 7 janvier 1882, p. 25.)

Les accidents dus au chloroforme peuvent être classés en *a*) *accidents légers*, sans importance; *b*) *accidents plus sérieux*, troubles de la respiration, arrêts momentanés des mouvements respiratoires, menace d'asphyxie par chute de la langue, spasme laryngien, mucosités dans l'arrière-gorge; *c*) *accidents graves*, asphyxie prolongée, état syncopal; et *d*) *accidents mortels*, mort subite, immédiate avant ou pendant l'opération, mort rapide peu d'instants après l'opération ou à une époque très rapprochée.

Il faut toujours considérer le chloroforme comme un poison, en dehors des *impuretés* dont il peut être contaminé, variable avec les organismes auxquels il s'adresse et d'un maniement toujours délicat. Fût-on certain de la pureté de son anesthésique, il faut encore compter avec le sujet qui s'endort et la main qui lui verse le sommeil.

63. — De la conduite immédiate dans le cas de blessures par balles de revolver.

(*Gazette médicale de Paris*, 25 février 1882, p. 102.)

Une croyance ancienne veut que la gravité des blessures par armes à feu soit singulièrement aggravée de la présence du projectile dans le tissus. On

peut au contraire retourner la proposition et dire avec beaucoup plus de justesse : gravité considérable des manœuvres de recherche et d'extraction, innocuité en général remarquable de l'abandon du projectile dans les tissus. La conduite immédiate peut se résumer dans la formule : *ne rien faire contre le projectile*. Elle est applicable aux blessures des membres, plus encore à celles des *cavités* où les recherches et les tentatives d'extraction ne peuvent qu'exagérer les dégâts.

64. — Note sur le manuel opératoire de l'ovariotomie.

(*Gazette médicale de Paris*, 8 juillet 1882, p. 334.)

L'opération de l'ovariotomie est encore entourée à Paris d'un luxe d'aides et d'un entassement d'instruments qui paraisesnt inutiles. Kæberlé a au contraire réduit au minimum le nombre d'aides et d'instruments.

L'auteur expose avec détails la technique de cet habile opérateur ; il insiste sur la simplicité de son outillage et engage les chirurgiens de Paris à se rapprocher de cette sobriété dans l'assistance et l'instrumentation.

65. — Fragments de chirurgie antiseptique par J. Bœckel.

(*Analyse in Gazette médicale de Paris*, 22 juillet 1882, p. 365.)

66. — Rétrécissement congénital du rectum.

(*Gazette médicale de Paris*, 7 novembre 1882, p. 498).

Il s'agit d'un rétrécissement valvulaire du rectum d'origine congénitale situé à la limite supérieure du trajet anal. Au niveau de la valvule, la muqueuse est lisse, souple, glissant facilement sur les tissus sous-jacents. La présence de ces valvules est en rapport avec un arrêt de développement survenu vers le 3e ou 4e mois de la vie intra-utérine.

L'opération devra consister dans l'excision de la valvule, précédée de la dilatation de l'anus et suivie de la suture des deux portions de la muqueuse excisée.

67. — Tumeur blanche du genou ; amputation et résection.

(*Gazette médicale de Paris*, 14 novembre 1882, p. 509.)

Dans un premier cas, chez un sujet jeune, la résection est préférée à cause : 1° de la limitation assez exacte des lésions aux surfaces articulaires ; 2° de l'intégrité des parties molles post-articulaires : 3° de l'âge du sujet, de l'absence de

lésions pulmonaires; 4° des bons résultats fournis par la statistique; 5° du désir légitime du sujet de ne pas être mutilé.

Chez le deuxième malade, homme de 36 ans, l'amputation au contraire est décidée à cause de l'étendue des lésions articulaires, de l'âge du malade et de sa dénutrition générale.

68. — Quatre cas d'adénopathie cervicale.

(*Gazette médicale de Paris*, 23 décembre 188?, p. 641.)

1er cas : adénite strumeuse du cou;

2e cas : adénopathie épithéliale ayant eu d'abord les caractéres de l'adénite scrofuleuse;

3e cas : adénite tuberculeuse chez une femme syphilitique;

4e cas : adénopathie épithéliale qui, par ses caractéres, permet de diagnostiquer un cancer latent profond.

69. — Quatre cas d'étranglement interne traités par la laparotomie.

(*Gazette médicale de Paris*, 14 avril 1883, p. 172 et suiv.)

1° La laparotomie, dans le cas d'étranglement interne, se présente avec le caractère d'une opération *d'urgence*, c'est-à-dire ne pouvant être reculée dés que sa nécessité a été reconnue;

2° La recherche et la levée d'un obstacle au cours des matières intestinales s'impose quand les accidents revêtent d'*emblée* la forme *aiguë* et n'ont pas *rapidement* cédé aux moyens médicaux;

3° L'intervention s'adresse directement à l'obstacle et à tous les caractères d'une opération curative.

70. — De la taille hypogastrique ou sus-pubienne.

(*Gazette médicale de Paris*, 30 juin 1883, p. 304 et suiv.)

Article important dans lequel sont longuement exposés l'historique, les considérations anatomiques, l'instrumentation et le manuel opératoire de la taille hypogastrique, avec ses soins consécutifs.

71. — Indication de la taille, appreciation et choix des methodes et des procedes.

(*Gazette médicale de Paris*, 21 juillet 1883, p. 337.)

Article faisant suite au précédent, dans lequel sont discutées les indica-

tions de la taille et de la lithotritie et longuement exposées, d'après l'âge, l'état général, l'état des organes urinaires, le volume, la nature du calcul, les préférences à accorder à telle ou telle méthode de taille ou de lithotritie.

72. — La tuberculose chirurgicale.

(*Gazette Médicale de Paris*, 11 août 1883, p. 377).

Les inoculations répétées de Villemin démontrant la contagiosité de la tuberculose, les recherches de Grancher et Charcot en prouvant son unité ont fait faire un pas décisif à la question. En outre la lésion anatomique, le *follicule tuberculeux*, avec ses altérations folliculaires à leur divers stades, est devenue caractéristique. Mais bien plus importante encore est la caractéristique des produits tuberculeux fournie par la découverte du *bacille* de la tuberculose, le bacille de Koch, trouvé d'abord dans les crachats et les lésions pulmonaires, puis décelé dans les *gommes scrofuleuses* ou mieux *tuberculeuses* de la peau et sous-dermiques; dans la *poche* des *abcès froids*, dans l'épididyme, le testicule, la mamelle, les ganglions lymphatiques, le tissu osseux, les synoviales articulaires et tendineuses.

Deux facteurs semblent nécessaires pour l'éclosion et le développement de la tuberculose : d'une part, un parasite spécial répandu à peu près partout dans nos grandes villes, d'autre part, un terrain de culture favorable représenté par un organisme ou un organe ou un tissu en imminence morbide.

La présence du parasite n'est plus à démontrer ; nous-mêmes avec le bienveillant concours de M. Debove, nous avons vu le micro-organisme dans des lésions cliniquement reconnues tuberculeuses.

Les conditions de réceptivité et de développement sont plus obcures ; faut-il admettre l'influence du traumatisme, les points de moindre résistance représentés par les ulcérations superficielles des téguments et des muqueuses?

73. — Des périodes tardives des arthrites et de leur traitement.

(*Gazette Médicale de Paris*, 15 septembre 1883, p. 437.)

Au point de vue du traitement, on peut distinguer trois périodes dans l'évolution d'une arthrite : une première période aiguë, inflammatoire, douloureuse; une période intermédiaire qui suit la levée des appareils ; une troisiéme période caractérisée par la gène fonctionnelle, la raideur articulaire et l'atrophie de certains groupes musculaires voisins.

La douleur *provoquée*, spéciale : chaque jointure avec des points d'élection, est de la plus haute importance au point de vue de la levée de l'appareil.

A la levée de cet appareil, on constate des troubles de nutrition de la peau et des tissus sous-jacents, de la raideur et de l'impotence fonctionnelle. Cette impotence porte suivant les régions sur certains muscles et frappe certains mouvements. Les troubles fonctionnels plus ou moins localisés trouvent leur explication dans les faits si bien étudiés par Le Fort et Valtal d'atrophie musculaire de certains groupes péri-articulaires, toujours les mêmes à chaque articulation. Cette atrophie apparaît de très bonne heure avec les premiers phénomènes articulaires et ne fait qu'aller en augmentant.

A la période tardive, le traitement de l'arthrite est fini; le traitement de ses conséquences commence.

La raideur et l'atrophie musculaire ne sauraient être traitées l'une sans l'autre; l'administration modérée et raisonnée des mouvements, le massage, l'électricité sont les éléments actifs et indispensables de ce traitement. Les douches chaudes et certaines eaux thermales peuvent avec grand avantage compléter la médication.

74. — Des épanchements sanguins traumatiques de la plèvre.

(*Gazette médicale de Paris*, 14 juin 1884, p. 277).

La cavité pleurale représente un réservoir tout préparé pour un épanchement sanguin qui peut s'accroître largement par le refoulement du poumon et des organes voisins. En général ce foyer sanguin s'enkyste quelquefois après avoir été accompagné de pneumothorax ; il peut ne pas tendre à la suppuration dans les premiers temps.

La mort par hémorragie est presque fatale dans le cas de blessure d'un gros vaisseau ; les petits épanchements se résorbent spontanément. Il n'y a qu'à s'occuper des épanchements *moyens*, capables de donner lieu à des accidents et à des indications, et composé d'un demi litre, de trois quarts de litre, d'un litre même de liquide. L'épanchement peut devenir *grand* et menaçant par l'adjonction de la sérosité pleurale sécrétée. La malade peut en effet présenter les signes et l'évolution d'une pleurésie à épanchement prolongé et lentement résorbable.

La thoracentèse est la méthode de choix contre les accidents immédiats dus à l'épanchement et comme traitement de la pleurésie provoquée par celui-ci. Dans 6 cas (thèse de Lesdos, 1882) dont un m'est personnel, la guérison est survenue avec une simplicité et une rapidité extrêmes, chez des malades où la situation était grave et deux fois semblait désespérée.

75. — Abcès de la cavité de Retzius; ouverture spontanée dans le péritoine; mort rapide.

(*Gazette médicale de Paris*, 19 juillet 1884, p. 337.)

Femme atteinte d'accidents septiques post-puerpéraux et présentant plus tard une collection prévésicale qui s'ouvrit à l'ombilic. Il en résulta une fistule qui ne troublait en rien la santé générale et au-dessus de laquelle se produisit une hernie ombilicale. La malade est subitement prise d'accidents péritonéaux qui font penser à l'étranglement de cette hernie. Celle-ci est opérée d'urgence : l'opération démontre qu'il n'y a pas d'étranglement mais qu'il y a une péritonite purulente, avec un énorme épanchement purulent. La malade avait porté dans ces derniers temps un bandage herniaire neuf et solide dont la pelote avait si bien obturé l'orifice fistuleux que le pus s'était accumulé dans l'abdomen et avait tout à coup fait irruption dans la cavité péritonéale. Malgré les lavages et le drainage, la mort survint le lendemain.

76. — Du traitement des ganglions tuberculeux.

(*Gazette médicale de Paris*, 18 octobre 1884, p. 493.)

Les adénopathies peuvent être et sont souvent une des premières manifestations de la tuberculose et il est rare de voir des cicatrices ganglionnaires chez des sujets âgés; la mort est le plus souvent survenue par une forme quelconque de tuberculose. Rindfleish, Hucter, préconisent l'ablation précoce des ganglions tuberculeux, source possible d'infection à distance. Il me paraît bon d'être moins radical, la tuberculose ganglionnaire isolée pouvant être curable et bénigne. Contre les petites adénopathies, sans participation du tissu péri-ganglionnaire, le traitement général suffit.

Quand le ganglion s'est ramolli, enflammé, que l'adénite tuberculeuse s'est compliquée de dermite tuberculeuse, il faut intervenir. Contre les ganglions non suppurés, l'extirpation doit être pratiquée; quand ils sont suppurés, leur fusion avec les parties voisines ne permet pas de les enlever comme des tumeurs et ils doivent être détruits à la cuiller tranchante et traités par le chlorure de zinc à 5 %.

77. — Sur un cas de fistule stercorale.

(*Gazette médicale*, 15 novembre 1884, p. 541.)

Jeune fille présentant une fistule stercorale dans la région de l'ombilic, présentant les caractères d'une fistule *stercoro-purulente*, c'est-à-dire ayant une

cavité intermédiaire entre les orifices intestinal et cutané. Il n'y a pas d'espoir de guérison spontanée ; il sera nécessaire de mettre à nu le trajet intermédiaire, de disséquer les parties plus ou moins indurées nu organisées de ces parois, de chercher l'orifice intestinal, de libérer l'intestin et de fermer la fistule par une suture intestinale.

78. — Hernie inguino-scrotale double incoercible; opératinn de cure radicale.

(*Gazette médicale de Paris*, 6 juin 1885, p. 265.)

Homme de 50 ans portant des hernies inguino-serotales, très volumineuses, surtout à droite où elle mesure 19 centimètres en hauteur et 40 centimètres de circonférence; elle ne rentre jamais complètement dans son ancienne position; elle se réduit par le taxis et sort de nouveau instantanément. Les anneaux inguinaux peuvent admettre trois doigts de champ.

La cure radicale est pratiquée; le sac est suturé le plus haut possible derrière l'anneau inguinal externe; il a été réséqué dans ses parties antero-latérales et ménagé à sa partie postérieure adhérente aux éléments du cordon.

Le malade est présenté à la Société de Chirurgie: le but proposé se trouve atteint, à savoir rendre la hernie coercible par un bandage, sans qu'elle envahisse le scrotum ; toute la partie scrotale de la hernie est supprimée.

79. — De la fièvre de croissance des enfants et des adnlescents.

(*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1879.)

Certains troubles locaux et généraux sont sous la dépendance de la croissance; c'est surtout dans le tissu osseux, au niveau des extrémités des os longs, que se font, sous des influences mal connues, les poussées congestives qui peuvent aller jusqu'à l'inflammation et coïncider avec des accidents fébriles liés ou non à quelque autre lésion éloignée. On peut admettre : 1° qu'il peut y avoir, chez les jeunes sujets, des *fièvres* qui reconnaissent pour cause des poussées congestives au voisinage des articulations, dans la zone épiphysaire; 2° que ces poussées peuvent être aussi apyrétiques et ne se traduire que par la douleur et l'accroissement de la taille; 3° que c'est le degré le plus atténué de l'ostéomyélite des enfants et des adolescents; 4° que c'est peut-être là une explication plausible des *fièvres dites de croissance*.

80. — De la fièvre de croissance; description clinique.

(*Gazette des Hôpitaux*, 1883.)

Il existe chez les enfants et les adolescents une entité morbide à laquelle on peut donner avec raison le nom de fièvre de croissance (nom ayant cours depuis longtemps dans le langage familier), laquelle est caractérisée par une fièvre à marche spéciale et des douleurs spontanées et provoquées siégeant dans la zone d'accroissement des os et suivie d'accroissement rapide dans la taille du sujet.

La maladie éclate en général à la suite de fatigues de toutes sortes. On peut observer: 1° une forme aiguë et rapide, la plus fréquente et la plus légère; 2° une forme aigüe prolongée; 3° une forme traînante. Dans ces diverses formes deux éléments ne font jamais défaut et suffisent à caractériser la maladie: d'une part la fièvre, d'autre part les douleurs osseuses. La douleur est intéressante par ses localisations anatomiques précises, dans la zone juxta-épiphysaire. Après ces crises aiguës, la taille des sujets est augmentée dans des proportions considérables et d'une manière rapide.

81. — De l'hémostase dans la castration.

(*Revue de chirurgie*, 1881.)

Après l'exposé des divers procédés employés dans l'art vétérinaire pour pratiquer les castrations, l'auteur étudie les accidents les plus fréquents consécutifs à cette opération, les *hémorrhagies* et le *tétanos*. Les casseaux constituent le meilleur moyen d'exérèse hémostatique; en seconde ligne, on peut ranger la torsion et enfin la cautérisation.

Le *tétanos*, complication très fréquente, a des causes mystérieuses qui semblent échapper à toute interprétation (H. Bouley). Il se développe souvent avec les véritables caractères d'une épizootie. Chez l'homme, les modes d'hémostase restés dans la pratique se réduisent à la *ligature* en masse du cordon et à la *ligature isolée* des vaisseaux du cordon.

a) D'après les faits connus, aucun procédé de ligature du cordon ne met l'opéré, d'une façon absolument certaine, à l'abri de l'hémorrhagie immédiate ou retardée ni des complications nerveuses;

b) L'hémorragie dans les deux modes de ligature, ligature en masse ou ligature isolée, ne paraît devoir etre attribuée qu'à une manière vicieuse ou incomplète d'appliquer le fil, insuffisance de la constriction ou négligence dans la recherche des vaisseaux sectionnés;

c) Le tétanos semble s'être montré plus fréquent après la ligature en masse qu'après les autres procédés d'hémostase, sans que l'on puisse établir une relation évidente de cause à effet entre cette complication et la constriction du cordon ;

d) La ligature isolée des artères, plus difficile dans son exécution, mais plus conforme aux données générales de la pratique, devra dans la majorité des cas être le procédé de choix ;

e) La prudence exige que l'on fasse également la ligature isolée des veines ;

f) La ligature en masse pourra être réservée aux castrations pratiquées sur les cordons encore petits des enfants ou des adolescents ou dans les ablations de testicule ectopié. Le lien devra être vigoureusement serré d'emblée, de façon à assurer l'hémostase et à détruire toute sensibilité ;

g) Dans tous les cas, la ligature devra être faite avec des fils en substance résorbable, permettant la réunion immédiate, sans souci de leur élimination ;

h) Les autres procédés sont incertains ou inutiles.

82. — De l'entérectomie et de l'entérorraphie.

(*Revue générale*, in *Revue de chirurgie*, 1881.)

C'est le premier travail d'ensemble sur une question encore absolument neuve à cette époque.

Jusque dans les dernières années, la résection de l'intestin n'avait pour but que d'enlever une anse intestinale gangrénée par étranglement dans un sac herniaire, et elle a toujours été faite dans ces conditions, *en dehors de l'abdomen*. Plus récemment, au contraire, les chirurgiens n'ont pas craint d'aller chercher *dans le ventre* la cause d'une obstruction intestinale et d'aller réséquer une portion d'anse intestinale invaginée et menacée de gangrène ou portant une production néoplasique qui ne pouvait être enlevée sans l'intestin correspondant.

La résection de l'intestin doit être étudiée : 1° pour gangrène d'une anse herniée ; 2° pour ablation d'une tumeur intra-abdominale.

La pratique dans le premier cas commence environ avec le XVIIIe siècle ; l'historique de cette question est soigneusement décrit. Dans les cas de résection pour la hernie gangrenée, la mort n'a jamais pu être attribuée à l'opération elle-même et a trouvé chaque fois des causes fort légitimes, soit dans la variété insolite et par elle-même dangereuse de la hernie, soit dans les complications locales ou générales dont elle avait été le point de départ avant toute tentative opératoire.

La résection d'un segment d'intestin atteint de néoplasme ne peut être tentée

sans une sérieuse discussion des indications et les succès ne sont pas encore assez encourageants pour ne pas prêter le flanc à la critique.

Ce mémoire contient l'historique complet de la résection intestinale dans le cas de hernies gangrenées et les premières tentatives de La Peyronie, Ramdohr (1727) pour obtenir le rétablissement de la continuité intestinale. Avec le XIXe siècle, commence véritablement une deuxième période dans l'histoire de notre opération, période d'expérimentation et de physiologie pathologique à laquelle s'attachent les noms de Travers, Thompson, A. Cooper, Jobert, Reybard. Les expériences de Thompson, de Travers et de Jobert devaient faire faire un grand pas à la question et la réunion de l'intestin par *adossement des séreuses* constituait un progrès physiologique de premier ordre. Ces diverses tentatives nous amènent à la période *contemporaine* où nous trouvons les opérations de Dieffenbach, de Reybard, etc. A partir de ce moment, un pas immense a été fait en avant; les causes du progrès doivent être cherchées dans l'innocuité bien reconnue des sections nettes de la séreuse péritonéale, dans la sécurité donnée par l'emploi de la méthode antiseptique, dans l'instrumentation plus perfectionnée.

Je n'avais à cette époque qu'un regret à exprimer : ces opérations, dont l'origine est française, fondées sur une expérimentation dont presque toute la gloire revient à un compatriote, exécutées avec des procédés conçus ou nés chez nous, sont presque totalement abandonnées dans le pays qui les vit naître, et c'est à peu près exclusivement à l'étranger que nous en trouvons les seuls exemples récents.

Ces lignes étaient écrites en 1882; aujourd'hui ces regrets doivent disparaître devant l'extension considérable prise en France par la chirurgie intestinale et à laquelle nous sommes heureux d'avoir pu contribuer par des travaux qui venaient à leur heure et ont eu la bonne fortune de ne pas passer inaperçus.

83. — De la résection circulaire et de la suture de l'intestin dans la cure des hernies étranglées gangrenées et de l'anus contre nature.

(*Revue de chirurgie*, 1883, p. 362 et 540.)

En collaboration avec le Dr Assaky.

Les faits sont devenus assez nombreux pour qu'on puisse se faire une idée de la valeur de cette opération dans ces deux circonstances.

Il y a lieu d'établir une grande différence entre l'opération appliquée à la cure d'une hernie gangrenée et celle qui est faite pour remédier à un anus contre nature. Dans le premier cas, il s'agit d'une opération secondaire, complémentaire de la kélotomie, c'est-à-dire succédant à une opération d'urgence dans laquelle les conditions générales et locales sont aussi défavorables que possible.

Dans le deuxième, le chirurgien peut décider de l'opportunité du moment opératoire, procéder à la préparation du malade, se mettre dans les conditions les plus favorables pour assurer l'heureuse issue de son intervention.

I. — On peut résumer en deux mots les traits fondamentaux de l'opération : dans un cas de hernie étranglée, une partie de la circonférence intestinale, le plus souvent la totalité d'une anse plus ou moins longue, est trouvée gangrenée, perforée ou non; le chirurgien, après le débridement des agents d'étranglement, attire l'intestin à l'extérieur, résèque toute la portion mortifiée et rétablit desuite par la suture la continuité du canal intestinal. L'intestin ainsi recousu est réduit ou non dans la cavité abdominale.

Suit la statistique des 36 opérations pratiquées dans la période contemporaine et comprenant une observation personnelle.

Le tableau statistique total peut s'établir de la manière suivante :

Opérations	36	
Guérisons complètes d'emblée	9	16 guérisons complètes.
Guérisons rapides après formation et occlusion spontanée d'une fistule stercorale	7	
Formation d'une fistule stercorale persistante	1	
Formation d'un anus contre nature	1	
Morts	18	

Soit une mortalité de 50 %.

Dans 8 cas de mort, l'opération ne saurait être incriminée.

En général, la mort est survenue par péritonite suraiguë consécutive à l'épanchement de matières stercorales dans l'abdomen.

L'opération paraît devoir être tentée :

1° Toutes les fois que l'état général de l'opéré ne sera pas assez mauvais pour faire redouter la durée plus grande de l'opération et l'administration prolongée du chloroforme et faire prévoir une terminaison rapidement mortelle par syncope, refroidissement, abondance de vomissements, congestion pulmonaire, etc;

2° Que l'examen minutieux de la variété de hernie, de la nature actuelle des accidents, permettra de rejeter l'existence d'une péritonite généralisée ou d'une grave complication d'ordre quelconque;

3° Que l'on pourra constater au moment de l'opération qu'il n'y a pas de matières fécales répandues dans le péritoine;

4° Que l'on croira pouvoir facilement attirer à l'extérieur toute la portion intestinale et mésentérique gangrenée et réséquer dans les portions saines tant de l'intestin que du mésentère;

5° Que l'on pourra rétablir d'une manière solide et efficace la continuité de

l'intestin sans être gêné par une trop grande différence dans le calibre des deux bouts réséqués.

Suit l'étude du *manuel opératoire* : *a*) l'incision des parties molles ; *b*) la résection de l'intestin et du mésentère ; *c*) la suture intestinale. La pratique personnelle de l'auteur permet de donner sur chaque temps des indications neuves et originales. On y trouve recommandé l'emploi des aiguilles fines et *rondes*, non plates, ou tranchantes sur les bords, droites ou légèrement courbes sur la pointe, montées sur un porte-aiguille ordinaire et armées d'un fil assez long pour que l'on puisse faire de suite plusieurs points de suture. La suture de Lembert est, en général, suffisante ; elle est d'une exécution facile et ne rétrécit pas le calibre de l'intestin, comme l'invagination du bout supérieur dans l'inférieur. Elle doit être exécutée d'après certains principes minutieusement détaillés dans le travail en question.

Le dernier temps de l'opération consiste dans la *réduction* de l'*anse* dans la cavité abdominale et la réparation de la paroi de l'abdomen.

Les dangers les plus grands venant de la désunion de la suture ou du rétrécissement du calibre intestinal, l'auteur propose une *méthode mixte* consistant essentiellement à faire, comme à l'ordinaire, la résection totale des portions gangrenées et la suture des bouts réséqués, *en laissant subsister une petite fistule stercorale*, sans réduction, bien entendu, de la partie suturée. Cette petite fistule représente une soupape de sûreté et plus tard s'oblitère spontanément ou est oblitérée avec facilité.

II. — *De la résection et de la suture circulaire de l'intestin dans la cure de l'anus contre nature.* — Le premier fait de ce genre, dû à Kinloch, remonte à vingt ans (1863) et passa tout à fait inaperçu ; les opérations ne sont vraiment citées et répétées que depuis 1876 ; elles sont au nombre de 29, toutes analysées et résumées dans ce mémoire. Rydigier n'en avait pu réunir que 18 cas en octobre 1886 et Madelung 22 pour un travail publié en 1882.

La statistique générale peut se présenter de la manière suivante :

Opérations	29
Succès	17
Morts	11
Insuccès	1

Soit une mortalité de 37,5 0/0. La mort est arrivée 5 fois par épanchement stercoral, 2 fois par étranglement, 1 fois par péritonite, 1 fois par choc opératoire.

Indications de l'opération. — Cette opération me paraît indiquée : 1° dans les cas où des tentatives antérieures, la compression, l'application de l'entérotome, les sutures, l'autoplastie, ont été suivies d'insuccès ;

2° Quand l'examen méthodiquement pratiqué a fait reconnaître la difficulté de se rendre un compte exact de l'état des parties ; mieux vaut alors une intervention large et franche qu'une tentative incomplète et avortée, faisant courir à l'opéré les mêmes dangers sans lui offrir les mêmes chances de succès ;

3° Quand on aura reconnu une disposition anormale des bouts intestinaux, leur superposition, leur croisement, leur éloignement l'un de l'autre, ou une différence notable de calibre entre le bout supérieur et le bout inférieur, ou plusieurs perforations sur le même point ;

4° Quand il existe un renversement irréductible de l'un des deux bouts de l'intestin et à plus forte raison des deux ;

5° Quand il y a complication d'un prolapsus étendu de la muqueuse avec ou sans invagination de la portion intestinale sus-jacente ;

6° Quand on reconnaîtra un anus contre nature sans éperon, constitué par une de ces larges pertes de substance qu'une suture des bords de l'orifice est impuissante à combler.

Après la formation d'un anus contre nature, il paraît sage d'attendre pour opérer un délai de trois à quatre mois ; mais il sera bon de ne pas retarder davantage l'intervention pour ne pas laisser se produire dans la disposition des parties des modifications fâcheuses : prolapsus de la muqueuse, dilatation du bout supérieur, rétrécissement de l'inférieur, changement de rapport des segments intestinaux

Toutes ces règles sont tirées de mon expérience personnelle, les données pratiques faisant défaut avant la publication de ce mémoire.

Préparation ; manuel opératoire. — Dans ce cas particulier, la préparation du malade, soit au point de vue de la propreté de la région, soit au point de vue de l'évacuation et de la désinfection intestinale, constitue un temps important et peut jouer un rôle considérable dans le succès de l'opération.

Le manuel opératoire de la résection et de la suture de l'intestin ne diffère pas de celui qui est employé dans la cure de la hernie gangrenée.

84. — Note sur la présence des bacilles dans les lésions chirurgicales tuberculeuses.

(*Revue de Chirurgie*, 1883, p. 886.)

Ces recherches ont été faites en collaboration avec M. Debove qui a bien voulu se charger de l'examen microscopique des pièces que je lui ai fournies.

En prenant au hasard des produits pathologiques chez des sujets dont la lésion était manifestement tuberculeuse, ou seulement soupçonnée tuberculeuse,

chaque fois le microscope a démontré le microorganisme de la tuberculose, à savoir le *bacille* de Koch, rendu visible par le procédé d'Ehrlich.

1° *Epididymite tuberculeuse suppurée.* — Le pus examiné au microscope laisse voir après de longues recherches des bacilles tuberculeux *rares*.

2° *Synovite fongueunse des tendons extenseurs des orteils.* — Après des examens et des coupes très multipliés, on trouva *deux* bacilles tuberculeux au voisinage de cellules géantes.

3° *Abcès froid de la paroi thoracique antérieure; tuberculose pulmonaire; entérite tuberculeuse.* — L'examen microscopique démontra dans ce pus des bacilles tuberculeux *très rares*.

4° *Abcès froid d'origine osseuse. Large ouverture; grattage de la poche et de la cavité osseuse.* — L'examen microscopique pratiqué sur le pus ne fait trouver qu'avec la plus grande peine de *très rares* bacilles tuberculeux.

Dans tous ces cas il y a lieu de faire remarquer la difficulté de la recherche des bacilles tuberculeux et leur rareté dans le pus ou les membranes des abcès froids.

La présence de ces bacilles dans les lésions tuberculeuses peut rendre compte de la facilité d'inoculation de ces éléments et de leur transport à distance par les opérations pratiquées sur les foyers tuberculeux.

Cette recherche des bacilles dans les lésions tuberculeuses nous semble être la *première* faite en France.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(Membre fondateur du Congrès français de chirurgie,
Membre du Comité permanent.)

COMMUNICATIONS

85. — Des résultats immédiats et éloignés du traitement des abcès froids.

(*Bulletin du Congrès français de chirurgie*, 1re session, 1885, p. 227.)

Ce travail, dans lequel est traitée une des questions mises à l'ordre du jour du Congrès, repose sur 120 observations personnelles de tuberculose externe comprenant : 1° des abcès froids proprement dits, du tissu cellulaire sous-cutané; 2° certains abcès froids d'origine osseuse; 3° des abcès froids ganglionnaires ou adénites tuberculeuses suppurées.

Le genre idéal de traitement consisterait à enlever tout entière et d'un seul coup la manifestation tuberculeuse; cette conduite ne peut être appliquée à la majorité des abcès froids; on est, en général, forcé de se contenter de la destruction des tissus tuberculeux sur place ou de leur modification assez profonde pour éviter la repullulation. Dans ces actes destructeurs ou modificateurs, il faut tenir compte des précautions nécessaires : *a*) pour éviter les accidents septiques; *b*) pour prévenir les auto-inoculations possibles, c'est-à-dire l'infection tuberculeuse locale ou éloignée; *c*) pour s'opposer à la récidive locale.

La modification des tissus attaqués constitue l'essence même, le fond de l'opération.

L'*incision* simple est insuffisante et ne fait qu'ouvrir la porte aux infections secondaires et aux inoculations de la peau; il est nécessaire de lui ajouter une série de moyens propres à détruire ou à modifier la poche de l'abcès tuberculeux. Celle-ci est détruite et râclée en tous ses recoins à l'aide de la cuiller tranchante sous un bain de solution de chlorure de zinc à 10 0/0. Les parties osseuses malades sont grattées ou enlevées.

La *réunion immédiate* doit être abandonnée.

Les accidents post-opératoires sont tout à fait exceptionnels; sur les 65 cas qui font la base de ce travail, pas *un seul* malade n'a succombé aux suites immédiates de l'opération.

Le retentissement pulmonaire immédiat m'a également paru exceptionnel; il semble, au contraire, dans plusieurs cas, y avoir eu amélioration de ce côté.

Sur 65 cas, on compte : 47 succès assurés et définitifs;

20 adénites tuberculeuses suppurées de diverses régions ;

17 abcès froids sans lésion osseuse ;

1 abcès par congestion sans rapport actuel avec un mal de Pott guéri ;

8 ostéites tuberculeuses de diverses régions, côtes, os iliaque, sternum, métacarpiens.

86. — Discussion sur les indications opératoires dans les blessures profondes de l'abdomen.

(*Ibid.*, 1885, p. 271.)

Nous n'avons pas de signes pour reconnaître les blessures des viscères de l'abdomen avant que le péritoine n'ait donné des signes de réaction et d'intolérance ; c'est la réaction de la péritonite commençante qui fait dire qu'il s'est répandu dans la séreuse un produit irritant qu'il faut supprimer et dont il faut tarir la source.

La péritonite est suraiguë d'emblée dans le cas d'effusion de matières intestinales, d'urine ou de bile ; dans le cas d'épanchement sanguin, les phénomènes d'hémorragie interne dominent ; la péritonite est plus tardive.

L'anurie, la coloration sanglante de l'urine, les résultats du cathétérisme permettent de reconnaître une blessure de la vessie ou du rein ; le siège de la lésion, l'absence de vomissements bilieux, peuvent faire soupçonner une rupture de la vésicule biliaire ; par exclusion on peut arriver au diagnostic d'une blessure de l'intestin qui est, du reste, une des plus fréquentes.

En cas d'incertitude, il faut faire une laparotomie exploratrice.

L'intervention doit être hâtive dès que l'indication est posée. Si la perforation est petite et la paroi intestinale peu contusionnée, il faut suturer et réduire ; dans le cas de large perforation et de nécessité d'une résection étendue, il faut faire cette résection suivie de la suture intestinale en laissant une petite fistule de sûreté.

87. — Opérations de néphrotomie et de néphrectomie.

(*Bullet. Congrès français de chirurgie*, 1886, p. 133.)

Quatre observations personnelles : 2 néphrotomies pour suppurations rénales ; 2 néphrectomies pour reins flottants. Toutes ces malades ont pu être observées longtemps et sont restées complétement guéries.

88. — Discussion sur l'intervention opératoire dans les luxations irréductibles.

(*Ibid.*, p. 317.)

Dans 2 cas de luxations du coude considérées comme irréductibles, datant, l'une de 4 mois 1/2, l'autre de 8 mois et 20 jours, je pus obtenir la réduction grâce à des appareils de forte traction fort bien imaginés par M. Hennequin.

Dans un troisième cas, je fis, sans le vouloir, une ostéoclasie du fémur au 1/3 moyen pour une luxation de la hanche datant de 3 mois; le résultat fut avantageux.

89. — Opérations d'Estlander.

(*Bullet. Congrès français de chirurgie*, 1888, p. 236.)

Ce travail est basé sur 13 opérations d'Estlander dont la première, faite par moi à Paris, remonte à l'année 1882. Il a pour but de montrer les indications et les résultats; il est complété par la présentation de nombreux opérés guéris. L'âge des malades varie entre 12 et 30 ans; les cas les plus facilement guéris se rapportent à des sujets de 18 à 21 ans. La plus ancienne fistule datait de 12 ans; la plus jeune n'avait qu'une année de durée. On doit, du reste, attendre environ ce temps après l'établissement d'une fistule pleuro-cutanée.

La disposition des cavités suppurantes pleurales peut se rapporter à p usieurs types :

a) *Très grandes cavités* dans lesquelles le poumon n'est plus qu'un moignon inutile et sclérosé; *b*) *grandes cavités* dans lesquelles le poumon est notablement éloigné de la paroi, mais encore perméable à l'air; *c*) *cavités moyennes* dans lesquelles le poumon est encore adhérent à la paroi sur une certaine étendue; *d*) *trajets fistuleux*; *e*) *combinaison* d'une *cavité moyenne* avec un *trajet fistuleux* d'étendue variable.

Il y a également lieu de tenir compte des modifications d'épaisseur et de consistance de la plèvre.

1° Les *très grandes* cavités ne doivent pas être opérées; 2° La cure des *grandes* cavités peut être utilement abordée; 3° La meilleure condition de succès est représentée par la cavité moyenne siégeant vers la partie antéro-latérale du thorax; 4° les chances sont encore favorables mais moindres dans le cas d'un *trajet fistuleux* obliquement ascendant, dont on peut atteindre la limite supérieure.

Les résultats définitifs se décomposent de la manière suivante :

13 opérations;

8 guérisons définitives et persistant depuis plusieurs années;

1 persistance d'une fistule de 4°;

1 cas fistule persistante chez un sujet opéré depuis un mois seulement.

90. — Traitement chirurgical de la péritonite.

(*Bullet. Congrès français de chirurgie*, 1889, p. 223.)

Sur ce sujet entièrement nouveau, j'apportais 12 cas de *péritonites aiguës, septiques*, infectieuses, dans lesquelles, de parti pris et de propos délibéré, j'ouvris l'abdomen pour débarrasser le péritoine et l'économie de produits septiques et conjurer un danger menaçant immédiat :

1° *Péritonite traumatique*. — Il s'agit de l'observation, rapportée dans les *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1883, d'un homme ayant reçu un coup de pied de cheval dans le ventre; observation qui établit ma priorité pour ce genre d'intervention.

2° *Péritonite aiguë par lésion d'un viscère de l'abdomen*. — 1 cas de péritonite par grossesse extra-utérine;

1 cas de péritonite par salpingo-ovarite suppurée, avec propagation de l'inflammation à toute la séreuse péritonéale;

1 cas de péritonite par perforation de l'appendice iléo-cœcal ;

1 cas de péritonite par torsion avec gangrène de l'épiploon.

3° *Péritonites puerpérales*. — Ce sont *les premiers cas* traités par la laparotomie, et M. Truc, dans sa thèse d'agrégation (1886), m'attribue *la priorité* de l'intervention en pareil cas.

Sur 12 cas de laparotomies pratiquées dans ces circonstances, les résultats se répartissent ainsi :

Péritonites septiques, non puerpérales, 5 cas; 4 succès, 1 mort.

Péritonites puerpérales, 6 cas; 2 succès, 4 morts.

Péritonite avec rupture utérine et cervicale, 1 cas, 1 mort. Soit 6 succès sur 12 cas, 50 %.

91. — Traitement des kystes hydatiques du foie par les injections de sublimé.

(*Bullet. Congrès français de chirurgie*, 1892, *p.* 296.)

L'injection de sublimé s'adresse particulièrement aux kystes simples, uniloculaires, contenant le liquide clair, caractéristique, ordinaire et vierges de tout traitement antérieur. Un kyste simple uniloculaire peut être assez facilement reconnu à sa grande tension, à la régularité de la collection, à sa fluctuation facilement perçue, quel que soit le point examiné, à l'absence du frémissement hydatique. La ponction évacuatrice, premier temps du traitement, ne peut laisser de doute.

Dix cas ont été traités par l'injection de sublimé et ont donné *huit* succès durables, définitifs.

Je n'ai employé qu'une fois le procédé type de Bacelli; dans cinq cas, le kyste a été vidé par aspiration et une quantité de liqueur de Van Swieten variable avec le volume de la collection y a été injectée, puis retirée par aspiration.

Dans les autres cas, après évacuation du kyste à siccité par aspiration, 5 grammes de liqueur de Van Swieten ou d'une solution de sublimé au millième y sont injectés et abandonnés.

Aucun incident ne suit l'injection; la température s'élève généralement le soir et le lendemain; la guérison se fait avec une simplicité extrême.

TRAITÉS GÉNÉRAUX. DICTIONNAIRES

NOUVEAU DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

92. — *Article* **Taille**.

93. — *Article* **Urèthre**.

94. — *Article* **Voies urinaires. Pathologie.**

ENCYCLOPÉDIE INTERNATIONALE DE CHIRURGIE

Article **Affections des organes génitaux de la femme.**

MANUEL DE PATHOLOGIE EXTERNE EN QUATRE VOLUMES

(En collaboration avec les Drs Reclus, Kirmisson, Peyrot, 1886-1900.)

95. — Tome IV. — **Organes génito-urinaires et membres.**

6e édition. Ouvrage traduit en espagnol, avec figures.
(Masson, Paris, 1886-1900.)

II

GYNÉCOLOGIE



I

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

96. — Rapport sur une observation de M. Jeannel intitulée : « Kyste para ovarique du côté droit; première ponction simple suivie de récidive; deuxieme ponction avec lavage phéniqué et injection iodée; accidents très graves; rétention de l'injection iodée; iodisme aigu; guérison opératoire. »

(*Bullet. Société de chirurgie*, 1884, p. 627.)

Le titre de l'observation en donne les traits principaux; après une injection dans un kyste para-ovarien de 560 grammes de teinture d'iode pure qui ne peut plus être réaspirée, la malade tombe dans un état syncopal tellement inquiétant que les soins les plus multipliés ne permettent de la considérer comme hors de danger que onze heures après l'injection. Le rapport conclut de ce fait : 1° que l'injection iodée après ponction d'un kyste para-ovarique peut être suivie des accidents les plus graves; 2° que ces accidents sont mal connus; 3° que certainement l'ovariotomie eût procuré la guérison avec moins de risques. Il fait également remarquer la reproduction du liquide dans ce même kyste après une première ponction et l'insuffisance de ce traitement par la ponction.

La cause des accidents a été la violente irritation causée à la paroi interne du kyste par la teinture d'iode et propagée à la séreuse péritonéale. La rétention de l'injection iodée dans le kyste s'explique probablement par la formation d'un coagulum bouchant la canule du trocart ou rendant le liquide inapte à être aspiré..

97. — Rapport sur un mémoire du Dr Leriche sur l'ovariotomie.

(*Bullet. Société de chirurgie*, 1884, p. 632.)

Quatre observations d'ovariotomie faites à Macon. Le rapporteur reproche à l'auteur d'avoir deux fois fait le traitement extra-péritonéal du pédicule, traitement suranné dont l'utilité n'est pas démontrée par les détails de l'observation. La crainte de l'hémorragie qui a fait adopter cette conduite venait de l'emploi du catgut qui est insuffisant pour assurer une bonne constriction d'un pédicule ovarien; la soie doit lui être préférée pour cet usage.

98. — Grossesse extra-utérine datant d'environ huit mois : laparotomie ; guérison.

(*Bullet. Société de chirurgie*, 1886, p. 924.)

Il s'agit d'une femme de 39 ans, entrée le 29 juin 1886 à la Maternité et se croyant enceinte depuis le commencement de décembre ou la fin de novembre 1885; dans le courant de juin, elle a cessé de sentir remuer et trois jours après elle eut une montée de lait. A son entrée, le 4 juillet, le ventre est très irrégulièrement développé; le vagin et le col présentent les caractères d'une grossesse. Une ponction faite dans un point fluctuant de la tumeur ne ramène rien.

Au 2 juillet éclatent des accidents aigus et de douleurs et de vomissements et les phénomènes d'un faux travail.

Le 9, la laparotomie fait trouver : 1° l'épiploon épaissi, chroniquement enflammé; 2° la présence d'un volumineux fœtus de 1.726 grammes reposant dans l'abdomen dans une loge formée par l'utérus et les anses intestinales adhérentes entre elles. Le fœtus enlevé, il reste le placenta paraissant développé à la face postérieure du ligament large gauche; une tentative modérée de décollement est suivie d'une menace d'hémorragie abondante et le placenta est laissé en place. La cavité où était le fœtus est lavée à l'eau bouillie et le ventre refermé, sauf à la partie inférieure sur une étendue d'environ 6 centimètres. Le placenta s'élimine peu à peu dans les jours qui suivent et la guérison est obtenue environ en 6 semaines.

L'observation se termine par des considérations : 1° sur les difficultés du diagnostic; 2° sur le siége anormal de la grossesse au milieu des anses intestinales; 3° la préférence indiscutable à accorder à la laparotomie en pareil cas; 4° la nécessité d'abandonner à la nature l'élimination du placenta dont le décollement immédiat peut donner lieu à des hémorragies difficiles à réprimer; 5° la bénignité de toutes ces opérations pratiquées en temps opportun et avec toutes les précautions voulues.

99. — Présentation d'ovaire suppuré enlevé par la laparotomie.

(*Bullet. Soc. Chirurgie*, 1887, p. 11.)

Cet ovaire volumineux porte de petits foyers purulents disséminés dans son épaisseur. La trompe est hypertrophiée. Il s'agit probablement d'un cas d'*ovarite suppurée tuberculeuse*.

100. — Des épanchements pleurétiques compliquant les kystes de l'ovaire.

(*Ibid.*, p. 774.)

Sur 30 cas de kystes opérés, je n'ai trouvé la plèvre que deux fois remplie de liquide ; deux fois l'épanchement se résorba après l'ablation du kyste par la laparotomie.

Dans un cas de tumeur maligne de l'ovaire compliquée d'ascite et d'hydrothorax, la plèvre fut ponctionnée une dizaine de fois et l'épanchement pleural disparut lentement après une laparotomie exploratrice qui évacua le liquide de l'abdomen.

101. — Rétroflexion de l'utérus à angle aigu ; douleurs continuelles ; opération d'Alexander; guérison.

(*Ibid.*, p. 134.)

Il s'agit d'une malade présentant des douleurs continuelles partant de la partie inférieure de l'abdomen et irradiées à la région lombaire et surtout à l'aine gauche, avec nausées et syncopes dans la marche et la station debout prolongée. L'examen plusieurs fois répété permet de constater que l'utérus est abaissé et fléchi en arrière à angle aigu et que la correction de cette rétrodéviation est suivie d'un soulagement immédiat. La douleur est encore exagérée par le prolapsus de l'ovaire gauche dans le cul-de-sac postérieur. Le 18 mai 1886, opération d'Alexander ; le ligament rond gauche est attiré à l'extérieur dans l'étendue de 6 à 7c. A droite il ne peut être trouvé. L'utérus, est réduit directement par les doigts introduits dans le vagin, et le ligament rond, qui a été attiré au dehors, est fixé aux piliers interne et externe à l'aide de deux fils de catgut n° 1.

L'intérêt de cette observation réside dans l'excellence du résultat obtenu au point de vue de la correction du déplacement et de la disparition des douleurs. J'ai revu cette malade de longues années après son opération ; le résultat s'est maintenu ; la malade n'a plus jamais souffert et a pu reprendre ses occupations d'employée de magasin.

La correction a été obtenue et gardée par la fixation d'un seul ligament rond.

102. — Hémato-salpingite ; fibrome utérin; ablation des annexes.

(*Ibid.*, p. 190.)

Femme de 43 ans, présentant des métrorragies incoercibles liées à la

présence d'un fibrome du volume environ du poing. Je me décidai à hâter la ménopause chez cette femme par l'ablation des annexes.

L'opération fit reconnaître : 1° la présence d'un fibrome augmentant en masse et d'une manière régulière le volume de l'utérus; 2° la confusion du bord droit de l'utérus et des parties voisines au point que l'ablation des annexes droites fut jugée impossible; 3° à gauche, la trompe atteinte d'hémato-salpingite. La trompe est transformée en un gros cylindre, du volume du pouce, ayant l'apparence d'une sangsue gorgée de sang. Les deux orifices sont fermés hermétiquement, sans qu'il y ait tendance à l'évacuation du contenu sanglant de la trompe dilatée. Sa paroi est extrêmement mince et sa fragilité fait comprendre la possibilité d'une rupture spontanée et d'un épanchement sanguin dans l'abdomen.

103. — Six cas de salpingo-ovarite traités par la laparotomie, avec extirpation des annexes; guérison.

(*Bullet. Soc. de chirurgie*, 1888, p. 312.)

Ce mémoire est un des premiers publiés sur ce sujet; il donne non seulement l'observation des malades, mais il expose l'état de la question au point de vue de l'évolution des lésions, de leur pathogénie, de leurs symptômes et de leur diagnostic. A cette époque, cette histoire était loin d'être faite et ces données cliniques étaient encore très nouvelles et originales.

Toutes les malades souffraient depuis longtemps et ont présenté à diverses reprises des poussées aiguës, douloureuses, ayant le caractère de la pelvi-péritonite.

Le mode de début est variable; mais une fois la lésion installée, le malaise abdominal et général commence avec elle, pour s'exagérer au moment des poussées paroxystiques douloureuses.

Des abcès peuvent s'être ouverts par diverses voies.

Les éléments certains du diagnostic de la salpingite ou de la salpingo-ovarite ont toujours été fournis par les signes physiques révélés par l'examen; la palpation combinée au toucher est indispensable pour la recherche des lésions.

L'indépendance relative de l'utérus par rapport aux lésions péri-utérines est un élément utile de diagnostic; les tuméfactions peuvent être bas situées dans le cul-de sac ou siéger haut vers le fond de l'utérus; l'un des côtés peut être senti dans un cul-de-sac, tandis que l'autre est situé très haut vers le fond de l'organe.

Alors même que ces signes ne donnent d'indications précises que pour un *seul* côté, les annexes ont été trouvées malades des *deux* côtés, soit à peu près au même degré, soit à des degrés différents.

Des fibromes péri-utérins infiltrés dans le ligament large, des kystes dermoïdes suppurés, peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic.

La laparotomie a toujours été faite sur la ligne médiane; les annexes doivent être peu à peu énuclées et décortiquées des adhérences voisines avec lesquelles elles sont confondues.

Les suites opératoires sont simples; les malades se rétablissent rapidement.

Les lésions qui ont justifié l'intervention dans ces cas ont été : 1° une salpingo-ovarite suppurée à droite; 2° une pyo-salpingite double; 3° une salpingite double catarrhale végétante; 4° une pyo-salpingite double; 5° une pyo-salpingite à droite; 6° une ovarite suppurée à gauche.

Conclusions : 1° d'une part les lésions trouvées pendant l'opération; 2° d'autre part, les résultats très favorables immédiats et consécutifs fournis par cette opération, justifient de tous points cette intervention et nous encouragent vivement à marcher dans cette voie.

104. — Du traitement des fibromes de l'utérus par l'ablation des annexes. — Observations personnelles.

(*Ibid.*, p. 414 et 448.)

J'ai eu *huit* fois l'occasion de pratiquer la castration pour *accidents causés par les fibromes utérins;* 4 fois chez des femmes que des hémorragies incoercibles mettaient en danger immédiat; 2 fois pour entraver le développement de fibromes très douloureux; deux fois pour soulager des douleurs insupportables et dans ces deux cas il y avait coïncidence de lésions salpingées.

Les suites immédiates sont très simples et très bénignes; cinq fois la suppression des hémorragies et la diminution rapide des fibromes ont été obtenues.

L'ablation des annexes dans le traitement des fibromes utérins me semble représenter un traitement *palliatif* qui dans certains cas peut devenir définitivement *curatif.*

L'intervention est surtout indiquée, dans les cas de fibromes interstitiels, par l'abondance et la répétition des hémorragies; elle est encore indiquée, alors qu'il n'y a pas d'hémorragies, quand la tumeur attentivement suivie et observée prend un accroissement rapide, détermine des phénomènes douloureux, provoque des poussées de péritonite. Elle devient, pour ainsi dire, la méthode de choix et de nécessité, dans les cas où le fibrome a envahi le col utérin ou les ligaments larges, quand l'utérus est fibromateux en totalité, quand il est adhérent aux organes voisins.

Son ablation ne peut être faite alors qu'au prix des plus graves dangers.

Cette opération n'est utilement applicable qu'aux fibromes de petit et de moyen volume ; pour les gros fibromes, l'ablation des annexes est inutile et ne peut plus être appliquée ; l'opération est surtout indiquée dans les cas où elle peut être facilement et rapidement exécutée.

Elle trouve encore sa justification dans ce fait démontré anatomiquement que, dans la plupart des cas, les annexes de l'utérus sont malades (dégénérescence kystique ou scléreuse des ovaires, dilatation des trompes par du sang ou du mucus) et que les lésions de ces annexes semblent jouer un rôle dans la production des hémorragies.

105. — Traitement du cancer de l'utérus par l'hystérectomie vaginale totale. Observations personnelles.

(*Bullet. Soc. de Chirurgie*, 1888, p. 761.)

Ce travail a été surtout fait et communiqué dans le but de répondre à une communication du Pr Verneuil préconisant l'amputation *partielle* du col dans le cancer utérin et lui attribuant des résultats supérieurs à l'hystérectomie totale. On ne peut admettre cette assertion qui est en contradiction avec toutes les données acquises de la chirurgie du cancer ; on ne peut considérer les opérations partielles que comme *palliatives*.

Nous sommes pris de court pour répondre par des résultats *éloignés*. Ces opérations premières d'hystérectomie vaginale ne remontent pas à plus de trois ans ; nous sommes également génés dans nos résultats immédiats par la nécessité d'un apprentissage pendant lequel les revers sont toujours plus nombreux qu'à une période plus tardive. Du commencement de 1886 à la fin d'août 1888, j'ai fait 30 fois l'hystérectomie vaginale totale dont 29 fois pour le cancer de l'utérus ; sur ces 30 cas, il y a eu 23 guérisons opératoires et 7 morts, avec amélioration d'année en année ; puisqu'en 1888 il y a 12 opérations avec seulement 2 morts.

Les résultats définitifs sont encore trop récents pour être probants.

106. — Discussion à propos de l'hystérorraphie.

(*Bulletin de la Soc. de Chirurgie*, *ibid.*, p. 895.)

La *ventro-fixation* sera rarement indiquée pour porter remède au prolapsus utérin ; en effet, dans la plupart des cas de prolapsus, il n'y a pas seulement descente de l'utérus lui-même, mais déplacement de la paroi vaginale (rectocèle et cystocèle) sur laquelle la fixation de l'utérus à la paroi abdominale n'agit aucunement. L'hystérorraphie doit être réservée à certaines formes spéciales où l'utérus est seul en cause. En pareil cas, si l'on a surtout affaire à un allon-

gement hypertrophique du col, je me suis toujours bien trouvé de l'amputation conoïde faite à la manière de Huguier.

107. — Opération césarienne ; enfant vivant; guérison de la mère.

(*Bull. de la Soc. de Chirurgie*, 1889, p. 215).

Femme rachitique à terme, présentant les dimensions suivantes du bassin :

Diamètre promonto sous-pubien avec déduction................ 6c5
Diamètre cocygo sous-pubien................................ 9c
Diamètre bis-ischiatique.................................... 7c5
Diamètre transverse au détroit inférieur (dont 6 centimètres environ pour le côté gauche.......... .... 11c

L'enfant est vivant; l'opération est décidée avant que le travail soit commencé.

Les points intéressants de cette opération suivie de guérison pour la mère et l'enfant sont notés dans les conclusions suivantes qui terminent l'observation :

1° Les conditions favorables fournies par l'opération pratiquée avant le début du travail, à un moment où l'utérus n'a été soumis à aucune cause d'infection et où toutes les précautions peuvent être facilement prises;

2° L'inutilité de s'occuper de l'écoulement des lochies quand l'utérus a été complètement et aseptiquement débarrassé de son contenu et quand le vagin est entretenu aseptique. Il n'a été fait usage d'aucun moyen de drainage du col;

3° L'occlusion parfaite de la plaie utérine, grâce aux sutures multipliées, profondes et superficielles, appliquées d'après les principes formulés par Saenger et la tolérance parfaite du tissu utérin pour les sutures métalliques;

4° La précaution prise contre une grossesse future par la ligature des deux trompes. Je crois avoir exécuté le premier cette petite manœuvre complémentaire de l'opération césarienne. Elle est infiniment plus simple et moins dangereuse que l'opération de Porro qui n'est pas indiquée quand le contenu de l'utérus est aseptique, elle est également plus simple et plus innocente que l'ablation des ovaires compliquée par le développement extrême des vaisseaux dans ces circonstances spéciales.

108. — Du traitement des déviations de l'utérus en arrière.

(*Ibid.*, p. 258.)

Au point de vue des symptômes et du traitement, les déviations de l'utérus doivent être divisées en *simples* et *compliquées*.

Les rétrodéviations simples comprennent les cas dans lesquels la déviation

de l'utérus en arrière constitue *toute* la maladie ; à cette classe appartiennent les *rétroversions* et les *rétroflexions mobiles*, *réductibles*, *coercibles* après *réduction*. Les rétrodéviations compliquées sont celles auxquelles se trouve adjoint un élément morbide représenté par la paramétrite ou la perimétrite et le plus souvent par une inflammation des annexes de l'utérus ; ce sont les rétrodéviations *douloureuses*, *irréductibles* ou *difficilement réductibles*, *incoercibles* ou *difficilement coercibles*.

1° *Déviations simples*. — La rétroflexion s'accompagne-t-elle toujours de symptômes ? Ceux-ci peuvent manquer chez des femmes après la ménopause ou même chez des femmes plus jeunes. Quelquefois il existe une gêne et des troubles incontestables démontrés par la réduction qui les fait disparaître, pour ainsi dire instantanément.

Il est nécessaire de corriger cette mauvaise attitude, soit pour faire disparaître les troubles qu'elle engendre, soit pour prévenir des lésions consécutives du côté de la muqueuse externe et des annexes dont l'infection se trouve favorisée par l'altitude vicieuse de l'utérus.

La rétrodéviation s'accompagne souvent du prolapsus de l'un ou des deux ovaires.

La *contention* constitue, après la réduction, le point délicat du traitement ; elle est facile si le vagin et le périnée sont en bon état ; je me sers du pessaire de Hodge, en ayant soin de remplir les indications nécessaires pour qu'il soit utile, à savoir, qu'il soit appliqué après une réduction complète et dans un plancher pelvien résistant.

Il faut souvent combiner la restauration de ce plancher aux manœuvres de résection et de contention.

Le pessaire de Hodge, facilement toléré, doit être laissé en place pendant 10 mois pour que l'utérus reprenne et garde la bonne attitude en anteversion. Il agit aussi bien que l'opération d'Alexander et n'a pas la gravité de l'*hystéropexie* et de la *ventro-fixation*.

Les déviations *compliquées* ne sont douloureuses que par les lésions annexielles et l'on doit, dans ces cas, repousser toute thérapeutique qui ne s'adresse qu'à la déviation.

109. — Discussion sur les rétrodéviations de l'utérus.

(*Ibid*. 1889, p. 293.)

L'auteur défend l'emploi dans le traitement des rétrodéviations des pessaires de forme et de dimension appropriées, malléables ou non, appartenant au type des pessaires de Hodge ou de Smith. Ces pessaires sont *utiles* et *innocents*. S'il est nécessaire de maintenir et de corriger la déviation d'un utérus rétroversé, on se

trouve ou dans la nécessité de traiter ces rétrodéviations simples par une opération, comme l'hystéropexie, ayant toute l'importance d'une laparotomie, ou de s'adresser à l'opération d'Alexander dont les résultats sont incertains, ou de ne rien faire. Entre ces extrêmes, pourquoi ne pas s'arrêter à un moyen terme dont la valeur est incontestable? C'est pour ces cas que se pose l'indication de la contention mécanique par les pessaires et en particulier par le pessaire de Hodge.

Dans 80 cas traités de la sorte, il y a toujours eu soulagement immédiat des douleurs; trois fois il y a eu une grossesse menée à terme. Dans 17 cas, la colpo-périnéorraphie a été faite pour assurer le maintien correct de l'instrument en bonne place. En général, les pessaires peuvent être retirés d'une façon définitive après un séjour variant de six mois à un an, si la réduction a été bien maintenue; au bout de ce temps l'utérus se trouve maintenu en antéversion naturelle. Dans le cas où le pessaire est mal appliqué et où la réduction ne s'est pas maintenue, les malades reviennent se plaindre.

Le *danger* des pessaires n'existe pas; tout au plus dans les premiers temps, le port de l'instrument s'accompagne d'une légère leucorrhée facile à combattre par des injections; il ne peut produire de danger que s'il est *mal appliqué* ou s'il n'est pas *indiqué*. Et dans ce cas ce n'est pas l'instrument mais l'opérateur qu'il faut accuser. Il est mal appliqué quand il est trop grand ou appuie sur le corps d'un utérus dont la rétrodéviation n'a pas été réduite. Il est appliqué *mal à propos* toutes les fois qu'il y a une rétrodéviation *compliquée*. En résumé, jusqu'à nouvel ordre, dans le traitement des rétrodéviations simples, je conserve et préconise l'emploi du pessaire.

110. — Ablation par la voie vaginale des fibromes utérins volumineux interstitiels et à large base d'implantation.

Discussion à propos d'une communication de M. Terrillon.

(*Ibid.* 1889, p. 419.)

L'auteur est partisan de cette opération qu'il a déjà pratiquée cinq fois; elle est applicable aux fibromes volumineux qui, primitivement interstitiels, sont devenus sous-muqueux sur une partie plus ou moins grande de leur surface.

La première opérée, présentant des métrorragies depuis dix ans, était dans un tel état de cachexie, avec œdème des extrémités inférieures, albuminurie, état syncopal, qu'on pensa à la possibilité d'un cancer avancé de l'utérus; hypothèse rendue encore vraisemblable par la présence d'un écoulement d'une horrible fétidité. Le palper faisait constater un utérus volumineux remontant jusqu'à l'ombilic et une sensibilité extrême sur les parties latérales de l'utérus.

L'opération permit d'enlever péniblement des masses de fibromes gangré-

neux, des parties plus dures, d'ouvrir une collection purulente siégeant dans l'utérus, etc. La malade guérit simplement.

La deuxième opérée avait subi en 1887 l'ablation des annexes pour mettre fin à des hémorragies incoercibles dues à la présence d'un volumineux fibrome. Au bout d'un an, les hémorrhagies reparurent provoquées par l'évolution du fibrome devenu cavitaire.

Après section bilatérale du col, le fibrome fut morcelé et énucléé en totalité; son poids était de 900 grammes.

Dans un autre cas, je pus enlever par le même procédé des masses fibromateuses ne pesant pas moins de 1.200 grammes.

En résumé, il s'agit d'une bonne opération que rien ne saurait remplacer; elle nécessite un diagnostic exact démontrant l'énucléation spontanée préalable du fibrome sur une certaine étendue; elle ne peut être utilement entreprise que si le fibrome fait, pour ainsi dire, des avances à l'opérateur et particulièrement dans les cas où il a déjà eu tendance à dilater ou à effacer le col utérin.

111. — Traitement des fibromes utérins par l'électricité.

(*Ibid.*, 1889, p. 495.)

Jusqu'à ce jour l'électricité semble n'avoir fourni que des résultats *symptomatiques*, c'est-à-dire la disparition momentanée de la douleur et des métrorragies. Les résultats thérapeutiques paraissent nuls ou à peu près; jamais aucune tumeur n'a complètement disparu.

Chez les malades atteintes de fibromes, il est fréquent d'observer, sous des influences mal déterminée, des poussées douloureuses ou congestives, des métrorragies, des phénomènes de compression, durant un temps plus ou moins long et disparaissant grâce à des moyens simples, tels que le repos, les injections chaudes, les piqûres de morphine, l'administration de la teinture d'harmamelis.

Ces faits permettent de comprendre les améliorations étonnantes dans lesquelles les accidents sont amendés après *deux* ou *trois* séances d'électricité.

Chez quatre malades soignées par l'électricité, avec les grandes intensités, ni les métrorragies ni le volume de la tumeur n'avaient diminué.

Jusqu'à ce jour, le traitement électrique doit être considéré comme un traitement palliatif applicable à un petit nombre de cas.

112. — Grossesse tubaire, laparotomie, présentation de pièce avec figure.

(*Ibid.*, 1889, p. 762.)

L'histoire de cette malade ressemblait tout à fait à celle des malades atteintes

de salpingo-ovarite et la laparotomie fut faite dans l'idée d'enlever une grosse trompe probablement suppurée.

La poche enlevée est un type de grossesse tubaire, sans rupture; elle est close de toutes parts. Dans son ensemble, la trompe gauche représente le volume d'un petit poing: elle se dilate à environ 5 millimètres de la corne utérine en une poche qui augmente rapidement de volume en allant vers le pavillon; elle a la forme d'une cornemuse. Elle est remplie de caillots anciens, résistants, serrés et accumulés comme dans un vieux sac anévrysmal.

Au moment de l'ablation, il s'est produit une déchirure par laquelle on aperçoit un petit embryon d'environ 3 centimètres de longueur, d'environ deux mois à deux mois et demi de développement; il présente un filament très appréciable partant de l'ombilic et représentant le cordon ombilical qui va se perdre plus loin dans la masse des caillots. L'embryon est situé dans le tiers externe de la trompe.

La malade a été rapidement et complètement guérie.

113. — Traitement des fistules urinaires consécutives à la néphrotomie

Discussion à propos d'une communication de M. le Dr Tuffier.

(*Bull. Soc. Chirurgie*, 1890, p. 45.)

L'extirpation du rein dans ces cas peut être contre-indiquée par l'induration parfois considérable que subissent les tissus périrénaux, à la suite des néphrotomies suivies de fistule. Il peut même exister, du côté de la cavité péritonéale, des épaisissements, des adhérences à divers organes qui rendraient l'isolement du rein très laborieux et très dangereux, sinon tout à fait impossible

Les altérations de cette nature peuvent constituer une contre-indication formelle à la néphrectomie.

114. — Du traitement de l'endométrite par le curetage de l'utérus, ses indications, ses résultats.

(*Ibid.*, p. 136.)

Ce mémoire aborde un sujet qui n'avait pas encore été traité à la Société de Chirurgie, comme le fit remarquer Terrillon dans la discussion qui suivit.

Depuis 1887, l'auteur a traité 81 cas d'endométrite par le curetage et peut fournir des résultats certains sur 69 malades. L'endométrite est une affection rebelle, difficile à modifier par les moyens médicaux, et la lenteur de la guérison et la résistance du mal constituent un argument puissant en faveur du traitement plus rapide et plus actif par le curetage.

Il faut ne considérer ici que les endométrites simples, sans déchirure du col et sans complication de fibrome ou de polype. Au contraire, on peut faire rentrer dans les cas traités quelques complications péri-utérines capables d'être modifiées par le curetage.

Le curetage n'a été pratiqué qu'après l'échec du traitement médical prolongé ; les symptômes qui l'ont indiqué ont été : 1° des métrorragies ayant le caractère soit de ménorragies trop abondantes, prolongées ou rapprochées, soit d'un suintement sanguin intermenstruel presque constant ou revenant à l'occasion de causes minimes ; 2° des écoulements muqueux ou muco-purulents ; 3° des douleurs accompagnant l'un ou l'autre de ces écoulements, surtout marquées au moment des règles ou persistant dans leur intervalle. La douleur n'est pas une indication quand il n'y a pas en même temps de signes d'une altération de la muqueuse utérine.

Le manuel opératoire ne diffère pas de celui qui est généralement recommandé ; l'anesthésie a presque toujours été employée, sauf dans 12 cas ; elle est préférable.

La dilatation préalable est toujours pratiquée pendant 48 heures avec des laminaires de volume croissant ; elle provoque un certain ramollissement du tissu utérin et une complaisance opératoire que ne donne pas la dilatation extemporanée.

Le curetage est fait avec une certaine vigueur, avec la curette de Simon ou de Sims.

La manœuvre se termine par l'attouchement de la muqueuse utérine à la glycérine créosotée au 1/3 ou à la teinture d'iode dans l'endométrite muqueuse ou à la solution de chlorure de zinc au 1/10 dans l'endométrite hémorragique.

Les pansements ne doivent être supprimés que s'il n'y a plus de sécrétion muco-purulente. Beaucoup d'insuccès ne tiennent qu'à une réinfection rapide.

Il n'y a jamais eu de complication post-opératoire, sauf quatre fois une légère sensibilité sur les côtés de l'utérus. En revanche, souvent une douleur abdominale mal localisée a disparu après le curetage.

Sur 69 cas, je compte 39 guérisons complètes, définitives ; 15 améliorations, c'est-à-dire disparition d'un ou de plusieurs symptômes ayant fait l'indication opératoire ;

15 insuccès.

Le résultat est surtout frappant et satisfaisant dans la forme hémorragique (19 cas).

Les 20 autres cas se rapportent à l'endométrite muqueuse ou muco-purulente, une fois à une endométrite *caséeuse*. Trois fois, la douleur péri-utérine fut améliorée.

Les *insuccès* complets sont au nombre de 15, avec 4 fois retour de l'hémor-

ragie et 11 fois de l'écoulement muqueux ou purulent. Ces insuccès paraissent dus : 1° à une mauvaise technique opératoire ; 2° à une réinfection rapide de la muqueuse utérine ; 3° à certaines variétés d'endométrites ; 4° à la complication persistante de lésions des annexes.

L'*endométrite glandulaire* du col, à écoulement muqueux, tenace, visqueux, presque solide, adhérent, est rebelle au curetage ; la lésion siège dans les culs-de-sac glandulaires profondément situés dans la muqueuse et dans le tissu musculaire et inaccessibles à l'action de la curette. La guérison ne peut être obtenue que par l'opération de Schrœder ou une opération analogue supprimant la muqueuse et ses glandes en totalité.

Les conclusions peuvent être formulées de la façon suivante : 1° Le curetage appliqué au traitement de l'endométrite constitue une ressource précieuse et, dans les formes invétérées, rebelles, il ne saurait être remplacé par aucun autre moyen. 2° Il met rapidement fin aux accidents hémorragiques de l'endométrite où il trouve ses meilleures indications. 3° Il modifie vite et avantageusement les écoulements liquides, muqueux et muco-purulent du corps et du col ; il m'a semblé mal réussir dans le catarrhe cervico-glandulaire, avec écoulement glaireux, tenace. 4° Il ne m'a donné que des résultats incertains quand il y a eu coexistence de lésions appréciables des annexes.

Ce travail fut suivi dans les séances suivantes d'une longue discussion à laquelle prirent part les chirurgiens les plus autorisés, Terrier, Terrillon, Trélat, Richelot, Championnière, etc.

115. — Ablation d'un fibrome intra-utérin par la section césarienne suivie de suture immédiate de l'utérus ; guérison.

(*Ibid.*, p. 339.)

Cette opération pourrait être intitulée : *Ablation d'un fibrome par l'opération césarienne*. Il s'agit d'une femme de 42 ans, atteinte de pertes sanguines depuis plusieurs années et d'une tumeur fibreuse venant de temps en temps faire saillie jusqu'à la vulve ; à son entrée, elle présente, avec tous les signes de l'anémie la plus prononcée, une énorme tumeur remontant jusqu'au-dessus de l'ombilic et, en outre, remplissant le vagin et arrivant jusqu'à la vulve.

L'indication était difficile à remplir ; la voie vaginale était trop difficile et la voie abdominale représentait un danger immédiat. En tenant compte de la disposition probable du fibrome par rapport à la cavité utérine, je pensai qu'on pouvait l'en extraire par une incision suffisante, comme on extrait un fœtus par l'opération césarienne.

Laparotomie ; attraction de l'utérus en avant hors du ventre ; sur une sonde intra-utérine introduite par le vagin, le tissu utérin est incisé depuis le sommet

de la tumeur jusqu'à un travers de doigt environ au-dessus de la vessie; le fibrome est alors énucléé et comme il est serré en sablier au niveau du col, il est coupé à ce niveau à grands coups de ciseaux et la portion vaginale de la tumeur, devenue libre, est morcelée et retirée par la vulve. L'utérus s'est rétracté et présente des parois épaisses comme après l'accouchement.

Il est procédé à la suture du tissu utérin par dix-huit fils de soie phéniquée bouillie et l'utérus bien essuyé est réintégré dans le ventre.

Fermeture de la paroi abdominale comme à l'ordinaire.

Les suites de cette opération sont d'une grande simplicité et la malade sort un mois plus tard en parfait état.

Cette opération diffère de l'énucléation telle que l'ont pratiquée Martin, Doléris et Terrier; dans leur cas, il s'agit de myomes interstitiels, inclus dans le tissu utérin; ici j'ai conçu et exécuté cette opération parce que je pensais avec raison que le fibrome était presque libre dans la cavité de l'utérus et que l'énucléation ne se ferait que sur une surface peu étendue.

Cette intervention était toute nouvelle et originale à cette époque et les succès de ce genre pouvaient être considérés comme tout à fait exceptionnels.

116. — A propos de la cystopexie abdominale antérieure; discussion.

(*Ibid.*, p. 463.)

La cystopexie abdominale antérieure appliquée à la cure du prolapsus me paraît ne pas tenir compte des deux facteurs principaux de la cystocéle qui sont d'abord une involution incomplète de la muqueuse vaginale et, en second lieu, le manque de résistance du plancher vagino-périnéal.

C'est contre ces deux éléments que doivent être dirigées les tentatives thérapeutiques; c'est aux opérations plastiques, bien moins dangereuses dans l'espèce qu'il faut réserver la préférence; car elles répondent bien plus positivement aux indications étiologiques.

117. — De l'ouverture par la voie vaginale des collections salpingées et ovariennes.

(*Ibid.*, p. 500.)

Il n'est pas question de l'ouverture des abcès situés à la base du ligament large ou dans le tissu cellulaire péri-utérin, ni d'épanchements purulents dans le péritoine ou dans le cul-de-sac de Douglas, ni d'hématocèle péri-utérine. Il s'agit ici de l'ouverture de salpingites ou d'ovarites suppurées.

L'histoire de ces malades est comparable : il s'agit de femmes jeunes, ayant présenté depuis un temps plus ou moins long l'évolution et les phénomènes

cliniques ordinaires des salpingo-ovarites et se trouvant, au moment de l'intervention, dans des conditions qui m'ont fait choisir l'évacuation du pus par la voie vaginale, de préférence à l'ablation de la poche purulente par la laparotomie.

Cette conduite est plutôt une conduite de nécessité que de choix.

Il est indispensable que la collection soit facilement appréciable par le toucher et le palper combinés, qu'elle soit reconnue franchement fluctuante et régulièrement ramollie, qu'elle soit *unilatérale*, sans lésion appréciable des annexes du côté opposé.

Il y a lieu de tenir compte de la gravité moindre de l'incision vaginale comparée à la laparotomie dans les cas où, sous l'influence d'une poussée aiguë, le pus a acquis une virulence dangereuse.

Les indications de cette intervention vaginale peuvent donc se résumer en quelques mots : tumeur accessible par le vagin ; poche unique, peu épaissie, uniformément ramollie et fluctuante ; lésion unilatérale ; le tout chez des sujets fébricitants, épuisés, où la laparotomie semble offrir peu de chances de succès.

La ponction et l'incision doivent être faites de préférence à la limite du cul-de-sac latéral et postérieur ; elles ne risquent en ce point de ne blesser ni la vessie ni le rectum. Un gros drain est introduit et maintenu dans la cavité.

118. — A propos du traitement des fibromes par l'électricité ; discussion.

(*Ibid.*, p. 535.)

L'auteur pense que cette méthode est souvent employée au détriment des malades, parce que l'on n'a pas fait le diagnostic des complications concomitantes et en particulier de lésions diverses des annexes. Ces lésions annexielles sont presque toujours la cause des accidents hémorragiques et douloureux.

L'utérus peut être simplement atteint de gigantisme et non fibromateux au voisinage de lésions d'ovarite ou de salpingo-ovarite dont l'ablation suffit à déterminer l'atrophie de l'utérus.

Notre collègue Richelot a démontré avec raison que, dans bien des cas, le traitement électrique est inutile ou illusoire.

119. — Utérus fibromateux gravide enlevé par la laparotomie.

(Présentation de pièce.)

(*Ibid.*, p. 539.)

Il s'agit d'un utérus gravide de cinq mois dont le corps est criblé de fibromes interstitiels, arrondis, à divers stades de développement. L'utérus rétroversé,

enclavé dans le petit bassin, déterminait des douleurs qui engagèrent à intervenir. L'abdomen ouvert, l'utérus fut soulevé, amené au dehors et extirpé suivant la méthode de Porro.

120. — Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale.

(*Bul. Soc. Chirurgie*, 1891, p. 178.)

L'indication de cette nouvelle opération semble devoir être tirée des circonstances suivantes : 1° Salpingo-ovarites anciennes, compliquées de poussées de pelvi-péritonite à répétition avec adhérences nombreuses et solides, confusion des organes entre eux et avec les organes voisins; impossibilité de rien reconnaître au palper et au toucher; production de fistules purulentes dans le rectum, la vessie ou à la peau; 2° suppurations aiguës ou chroniques, incluses dans la cavité péritonéale du bassin, ayant ou non pour point de départ les annexes de l'utérus, mais ne formant plus ces poches isolées, reconnaissables, que nous savons distinguer comme un ovaire ou une trompe suppurés. Ces conditions ne représentent rien de bon pour la laparotomie. La large ouverture pratiquée dans le bassin par l'ablation de l'utérus permet l'évacuation des infiltrations purulentes et le desséchement des fistules : ces cas paraissent exceptionnels; sur 33 cas, je n'ai trouvé qu'une fois une indication de ce genre. Il est à craindre que le diagnostic de la *bilatéralité* des lésions ne soit difficile à établir et que l'on enlève l'utérus, alors qu'il y a des organes sains d'un côté.

La laparotomie semble devoir être conservée pour la généralité des cas. Pour les collections suppurées *petites* ou *moyennes*, il n'y a rien à ouvrir, il faut enlever; pour les *grosses* collections, on peut en général pratiquer l'extirpation *totale* de la poche et obtenir les meilleurs résultats par la laparotomie.

La gravité de la laparotomie ne paraît pas supérieure à celle de l'hystérectomie vaginale; sur 33 cas, je n'ai eu que 4 décès, dont la plupart ne doivent pas être imputés à l'opération elle-même.

Comme conclusions, le mémoire se termine ainsi : 1° L'opération proposée par MM. Péan et Segond me paraît excellente pour réaliser l'ouverture et l'évacuation des collections péri-utérines non enkystées ou infiltrées dans les diverses parties du bassin, avec ou sans fistules dans les organes voisins. 2° Elle me paraît inutile pour l'ablation de la moyenne ordinaire des cas de trompes ou d'ovaires suppurés. Elle doit rester une méthode d'*exception*; la laparotomie doit rester la méthode de *choix*.

120 *bis*. — Discussion sur le traitement des affections annexielles par l'hystérectomie vaginale.

(*Ibid.*, p. 659.)

L'auteur rappelle et confirme les considérations dans lesquelles il est déjà entré à propos du même sujet; il reste partisan de la laparotomie dans la majorité des cas. Celle-ci cepeadant a ses limites imposées par la coafusion des organes entre eux et avec le voisinage et par l'âge des malades : la laparotomie pour affection des annexes ne vaut plus riea, en général, après 40 aas et peut être avantageusement remplacée par l'hystérectomie vagiaale.

La statistique des cas traités par la laparotomie est aussi favorable que celle des sujets soumis à l'hystérectomie vaginale.

De l'aveu même de ses partisans, l'hystérectomie est plus difficile, plus laborieuse et, à résultats égaux, je préférerai toujours l'opération la plus simple et la plus facile.

121. — De l'hystéreotomie vaginale contre le cancer utérin. — Discussion et communication.

(*Ibid.*, p. 708.)

L'observation de nombreux cas depuis la première discussioa de 1888, permet de coaclure aujourd'hui : 1° que le cancer de l'utérus représente au point de vue de l'évolution, de la propagation et de la récidive, un des néoplasmes les plus malias contre lesquels la chirurgie puisse intervenir; 2° que l'ablation totale par la voie vaginale reste uae opératioa grave et dangereuse.

En 1888, j'avais pratiqué 30 hystérectomies vaginales contre le cancer; depuis cette époque, j'en ai pratiqué 21 nouveaux cas, dont un pour rétroflexioa de l'utérus. Sur 50 opérations, les résultats peuvent être classés de la façon suivante :

1° 16 morts opératoires;

2° 6 guérisons sur 30 malades dont j'ai pu apprécier le sort ultérieure, dont la plus ancienne date de 4 ans et 4 mois, et la plus réceate de 15 mois;

3° 2 survies actuelles de 3 ans et 5 mois, et 3 ans et 4 mois, avec récidive environ 2 ans 1/2 après l'opération;

4° 4 survies proloagées, la mort étant arrivée une fois 4 aas et 4 mois aprés l'opération; 2 fois, 2 ans et 6 mois après l'opération; 1 fois, 2 ans et 3 mois après l'opération.

Dans 18 autres cas, j'estime que la récidive s'est produite daas un délai

variant de deux mois et demi à un an après l'opération et qu'en moyenne la mort est arrivée un an ou un an et demi après celle-ci.

Le résultat des amputations partielles est encore plus déplorable; dans 15 cas, ne pouvant faire l'hystérectomie vaginale totale, j'ai fait une amputation partielle du col remontant le plus haut possible au-dessus des limites apparentes du mal; 15 fois j'ai vu récidiver le mal avec une rapidité décourageante; dans 2 cas, de cancers *très limités* du col, la récidive s'est faite rapide.

Aujourd'hui, ma doctrine est faite sur la conduite à tenir en cas de cancer de l'utérus : abstention opératoire complète dès que la totalité de l'organe ne peut être enlevée; hystérectomie vaginale totale tant que la lésion est limitée à l'une des régions quelconques de l'utérus.

122. — A propos de l'opération césarienne.

Discussion sur une communication de M. Ledru, de Clermont.

(*Bullet. Soc. Chirurgie*, 1892, p. 145.)

La question des indications de l'opération césarienne ou de l'amputation de Porro me paraît aujourd'hui tranchée. L'ablation totale de l'utérus me semble devoir être réservée aux cas dans lesquels il y a un commencement de septicémie utérine, toutes les fois que le travail est commencé avant la décision opératoire et où il y a un début d'infection, soit à la suite de la rupture de la poche des eaux, soit par des manœuvres intra-utérines; elle convient également aux cas où il y a eu rupture utérine. Dans les conditions inverses, quand on peut choisir son moment et opérer sur des tissus non infectés, l'opération césarienne doit être préférée.

La suppression des grossesses ultérieures peut être obtenue plus simplement que par l'ablation des annexes ; il suffit, comme je l'ai fait et recommandé, de lier les trompes avec un fil de soie et de supprimer ainsi le canal de l'oviducte.

123. — De l'endométrite cervicale glandulaire et de son traitement chirurgical.

(*Bullet. Soc. Chirurgie*, 1893, p. 112).

Il y a lieu de décrire une variété spéciale de métrite que la localisation des lésions et leur résistance aux traitements ordinaires doivent faire envisager à part. On peut l'appeler l'*endométrite glandulaire* des *nullipares* ou *sans déchirure du col*. Cette affection s'observe, en effet, chez des femmes jeunes, sur des cols dont l'orifice a les dimensions normales, plutôt petits que gros, quelquefois coniques et présentant certains caractères du col de l'utérus infantile.

L'étroitesse de l'orifice fait obstacle à l'issue des secrétions. La cavité du col

paraît assez souvent légèrement dilatée, et fermée à ses deux orifices, elle affecte la forme d'un barillet.

L'abondance et la nature de l'écoulement sont la caractéristique de cette affection ; cet écoulement est remarquable par sa ténacité, sa viscosité, son adhérence; il s'écoule avec peine sous forme de filaments glaireux, muqueux ; il est comparable à du blanc d'œuf coagulé ; il est souvent mélangé de pus, jaune-verdâtre, rouillé quelquefois au voisinage des règles. En général, il ne s'accompagne d'aucun trouble ; chez d'autres malades, il provoque une sensation de gêne, de poids et de temps à autre de véritables douleurs expulsives. La menstruation n'est pas modifiée.

Les femmes ne se plaignent ordinairement que de l'*abondance* de *l'écoulement* ou de la *stérilité* ; celle-ci est en effet une conséquence fréquente de l'affection.

Celle-ci date toujours en général de plusieurs années quand les malades se décident à consulter; elle a souvent commencé avec les premiers temps du mariage et quelquefois elle est gonorrhéique. Après un certain temps, elle s'est localisée et cantonnée dans les culs-de-sac glandulaires du col.

Elle diffère sensiblement comme aspect de la métrite portant sur des cols *avec déchirure* où la lésion devient apparente à l'extérieure et, pour ainsi dire, *s'extériorise*. C'est une petite affection *essentielle*, *idiopathique*, produite par l'infection primitive de la muqueuse cervicale propagée et localisée à ses éléments glandulaires. Elle doit être distinguée des écoulements muqueux du col, non infectieux, d'origine vaso-motrice.

Un des points essentiels de cette affection consiste dans sa chronicité et dans sa résistance aux divers modes de traitemements ; les injections, les attouchements avec les liquides les plus variés ne modifient en rien l'écoulement ; le curetage lui-même échoue d'une manière constante dans cette forme d'endométrite cervicale. L'action de la curette comme celle des topiques ne porte que sur les couches superficielles de la muqueuse et ne peut atteindre les lésions dans la profondeur où elles siègent.

Contre cette affection rebelle, Doléris a imaginé le *hersage* de la muqueuse et souvent aussi on pratique avec raison l'opération de Schrœder ; il n'y a à reprocher à cette opération que sa difficulté de bonne exécution.

J'ai imaginé ou je crois avoir imaginé un petit procédé qui répond à la double indication d'agrandir l'orifice utérin et de supprimer la muqueuse cervicale infectée.

Après dilatation préalable à la laminaire, la cavité du corps est curetée comme à l'ordinaire ainsi que la muqueuse du col et on procède de suite à la petite opération complémentaire qui fait le fond du traitement de cette endométrite cervicale glandulaire. Dans son essence, cette opération consiste à exciser la muqueuse cervicale dans toute son épaisseur, sur la lèvre antérieure et sur la

lèvre postérieure, en respectant *les parties latérales*, au niveau des commissures, de manière que la muqueuse à ce niveau conserve ses caractères et ses propriétés et que de la bande conservée préviennent la réunion et le rétrécissement.

La cavité cruentée est largement touchée à la glycérine créosotée au 1/3 et tamponnée avec une mèche de gaze imbibée de la même solution. Les pansements ultérieurs se font de la même façon tous les quatre jours environ. Vers le quinzième jour, la malade est guérie; le col s'est reformé et il est impossible de soupçonner qu'il a subi une perte de substance à sa face interne.

L'ablation de la muqueuse peut être suivie d'une hémorragie assez abondante que l'on doit arrêter par un tamponnement compressif; je l'ai observée deux fois sur une quarantaine de cas.

Les résultats thérapeutiques sont excellents; la sécrétion muqueuse du col est tarie du coup; j'ai eu deux insuccès sur 40 cas. Il faut, dans les cas rebelles, s'adresser à l'opération de Schrœder. Deux fois, j'ai vu survenir des grossesses chez des femmes restées jusqu'alors stériles; d'autres opérées ont dû bénéficier de cette intervention au point de vue de la conception.

En résumé, ce traitement simple de l'endométrite cervicale glandulaire répond d'une manière efficace aux diverses indications fournies par l'état de l'orifice et de la muqueuse du col.

Dans la littérature, cette opération porte le nom de son auteur, *opération de Bouilly.*

124. — De la péritonite tuberculeuse et de son traitement chirurgical.
(*Ibid.*, p. 548.)

L'observation de quelques faits me porte à croire qu'une variété d'ascite observée chez les jeunes filles et chez les jeunes femmes doit être rapportée à la tuberculose des trompes et des ovaires et consécutivement du péritoine. Cette ascite, décrite par Cruveilhier, sous le nom d'*ascite des jeunes filles*, se produisant à l'époque de la puberté ou dans les années qui suivent, était rangée par cet auteur dans les ascites idiopathiques.

Je suis arrivé à cette conviction que cette ascite est d'origine tuberculeuse salpingo-péritonéale par l'observation clinique de plusieurs malades et la laparotomie qui m'a permis de constater, en coïncidence avec l'ascite, une tuberculose avancée des trompes et des ovaires et du péritoine du petit bassin. Il semble donc bien établi qu'il existe une *ascite* liée à la tuberculose des annexes de l'utérus, que cette tuberculose génitale est le point de départ d'une péritonite tuberculeuse étendue d'abord au péritoine pelvien et pouvant s'étendre ensuite à toute la région péritonéale.

Cette péritonite tuberculeuse peut guérir *spontanément*, sans opération, même dans la forme *sèche*. Trois observations font foi de cette guérison spontanée.

Trois autres cas ont radicalement guéri par la laparotomie. On peut conclure de ces quelques observations que : 1° chez la femme, la péritonite tuberculeuse semble avoir souvent son point de départ dans une tuberculose des trompes. Cette tuberculose salpingée peut s'accompagner d'infection du péritoine pelvien et de la formation d'une ascite dont l'origine a dû souvent être méconnue.

2° Dans cette forme ascitique, si la guérison spontanée, médicale, semble possible, il n'en reste pas moins démontré que la laparotomie donne les meilleurs résultats en supprimant un foyer de tuberculose locale et le liquide ascitique qui l'accompagne.

3° Dans la forme de péritonite tuberculeuse sèche, l'indication opératoire est moins formelle, d'autant plus que la guérison spontanée est possible. Toutefois on sera autorisé à opérer si les poumons sont intacts; si l'état général est bon et si l'affection s'accompagne de douleurs ou de troubles. Les résultats actuels de la laparotomie, en pareil cas, sont faits pour autoriser cette conduite.

125. — Traitement du prolapsus utérin. — Discussion.

(*Bulletin de Chirurgie*, 1894, p. 110.)

1° L'hystérectomie vaginale doit être considérée comme une opération tout à fait exceptionnelle dans le traitement du prolapsus utérin et doit être suivie d'une restauration vagino-périnéale.

2° Dans les prolapsus génitaux, ce sont les parois vaginales antérieure et postérieure qui jouent les grands premiers rôles; l'utérus ne fait que suivre leur affaissement et ne le suit pas toujours. Lr preuve en est fournie par l'observation journalière qui montre la cystocèle et la rectocèle précédant de longtemps l'abaissement de l'utérus, et par l'excellence des résultats obtenus par la colporraphie précoce pratiquée avant cet abaissement qui se trouve ainsi prévenu ou arrêté;

3° Une variété de prolapsus génital, l'allongement hypertrophique sus et sous-vaginal du col, avec ou sans affaissement vaginal, entraîne la nécessité d'une autre opération, l'amputation conoïde du col, suivie le plus souvent d'une colporraphie antérieure et d'une colpo-périnéorraphie;

4° Simples ou combinées suivant les cas, ces opérations réparatrices, *bien exécutées*, sont suivies des résultats les plus satisfaisants. J'ai pratiqué 160 opérations de colporraphie ou colpo-périnéorraphie, combinées ou non avec des opérations plastiques sur le col utérin et suivies de résultats excellents;

5° Quel que soit le procédé opératoire mis en œuvre, il faut *rétrécir* et *fermer*. *Rétrécir*, c'est-à-dire diminuer l'ampleur des parois vaginales devenues trop lâches et trop grandes; *fermer*, c'est-à-dire reconstituer un corps périnéal qui remonte et relève les tissus et donne un orifice vulvo-vaginal solide, ferme et sans béance.

L'excellence des résultats n'est obtenue que par de grands avivements, commençant haut, étendus en largeur, aussi superficiels que possible, et par des sutures solides embrassant et rapprochant une grande épaisseur de tissus.

Une de mes formules favorites est de répéter qu'il *faut avoir l'air d'avoir trop fait pour avoir fait assez.*

L'hystéropexie et l'hystérectomie ne peuvent s'appliquer qu'à des cas de prolapsus *tout à fait exceptionnels.*

126. — De la métrite associée au prolapsus utérin.

(*Ibid.*, p. 365.)

La *douleur*, qui est rare et presque exceptionnelle dans les endométrites, est au contraire fréquente dans les métrites du col consécutives à la déchirure de cet organe, soit qu'il s'agisse de la déchirure avec érosion de la muqueuse cervicale et pseudo-ulcération, soit qu'on observe une déchirure ancienne, épidermisée, avec production nouvelle de tissu embryonnaire et néo-formation glandulaire, avec des inclusions kystiques, en un mot avec les lésions de la métrite parenchymateuse.

La douleur existe également dans la métrite parenchymateuse *totale*, c'est-à-dire étendue au col et au corps, caractérisée par la présence d'un col volumineux, érodé, déchiré et cicatrisé, bourré de nodosités glandulaires kystiques et d'un corps augmenté de volume dans toutes ses dimensions, lourd et massif.

Les troubles fonctionnels et douloureux sont portés à leur maximum quand il existe en même temps une déchirure incomplète du périnée ou un affaissement du plancher pelvien avec abaissement consécutif des parois vaginales et de l'utérus. Car l'affection complexe que je décris ici se compose des trois éléments suivants : *a*) la métrite parenchymateuse cervicale ou totale ; *b*) un prolapsus utérin plus ou moins accusé ; *c*) une insuffisance du plancher vagino-périnéal.

La métrite parenchymateuse et le prolapsus utérin se réunissent pour donner lieu à un complexus symptomatique, comprenant des douleurs pelviennes, lombaires, sacrées ; des troubles dyspeptiques surtout caractérisés par la paresse de l'estomac et sa dilatation ; enfin des troubles nerveux divers ayant le caractère de la neurasthénie.

Les troubles fonctionnels visent surtout la station debout et la marche qui sont presque impossibles ; les douleurs vont toujours s'exagérant sans être jamais aiguës comme dans les affections annexielles et amènent à la longue un véritable état d'invalidité.

On constate souvent en même temps de l'entéroptose et l'abaissement dn rein droit.

Le diagnostic est facile à établir par l'examen direct des lésions, qui sont toutes vaginales et utérines, sans participation des ovaires ni des trompes.

A cet état complexe, il est nécessaire d'opposer une thérapeutique complexe, s'adressant à chacun des éléments de l'affection. D'où la triple indication de faire dans une même séance, sous le chloroforme : 1° le curetage de la cavité utérine ; 2° l'amputation partielle du col suivie de sa restauration immédiate ; 3° la colpopérinéorraphie et souvent la colporraphie antérieure. C'est cet ensemble que, dans un langage familier, j'appelle *faire le complet*.

Les résultats de ce traitement complexe sont tout à fait remarquables au point de vue de l'amélioration des troubles douloureux et fonctionnels.

Cette association de lésions ne m'a pas semblé avoir été suffisamment décrite.

Bon nombre de ces malades avaient reçu le conseil de subir l'ablation des annexes ou de l'utérus et des annexes, et ont pu guérir par une opération conservatrice, grâce à une meilleure appréciation des symptômes et de leur pathogénie.

127. — Des accidents causés par le massage gynécologique.

(*Bullet. Soc. Chirurgie*, 1895, p. 53.)

Le massage gynécologique peut causer des désastres ; une malade atteinte de sarcome inter-utéro-rectal en est morte, après avoir été atteinte d'hémorragie et de suppuration pelvienne ; chez une autre atteinte de rétroversion mobile, peu douloureuse, à la suite du massage, des accidents péritonéaux très sérieux se sont manifestés et la rétroversion est devenue très douloureuse ; chez une troisième une perimétrite, fort bénigne, a pris sous l'influence du massage tous les caractères des lésions annexielles les plus douloureux. Le massage est un moyen dangereux, s'il est appliqué sans discernement, à propos de toutes les lésions pelviennes, comme la chose arrive trop souvent.

128. — Grossesse extra-utérine. Diagnostic et traitement. Discussion.

(*Bull. Soc. Chirurgie*, 1896, p. 86.)

Il n'y a lieu que de s'occuper de la grossesse ectopique des trois premiers mois que nous sommes appelés à voir et à traiter le plus souvent. Quelles que soient les difficultés du diagnostic, celles-ci disparaissent devant la netteté de l'indication opératoire : il s'agit d'une *tumeur* unilatérale des annexes à développement rapide ; la seule et vraie indication est son ablation par la laparotomie.

Même netteté d'indication quand les symptômes subits, alarmants, rapidement menaçants, font soupçonner une hémorragie interne par rupture d'une

grossesse ectopique. Les malades de cette catégorie se présentent assez rarement aux chirurgiens; depuis 1880, c'est-à-dire depuis près de quinze ans, je n'en relève que *trois* cas publiés dans les bulletins de la Société ou du Congrès de Chirurgie. La plupart des malades qui nous sont amenés ont leur hémorragie faite et spontanément arrêtée depuis plusieurs jours; elles ne nous arrivent plus en état d'hémorragie, mais avec une hématocèle.

Le fait le plus caractéristique de leur histoire est un retard de règles, suivi d'un *ictus périonéal* grave, avec sensibilité abdominale diffuse, refroidissement, petitesse du pouls, nausées, vomissements, tendance syncopale, en coïncidence avec l'apparition d'un écoulement sanguin par la vulve, d'abord rouge, puis les jours suivants de couleur rouille ou chocolat pouvant durer quinze jours ou un mois, jusqu'au retour des prochaines règles.

Cette symptomatologie traduit la rupture de la grossesse ectopique, soit avec abondante hémorragie intra-péritonéale, soit avec hémorragie limitée au sac tubaire; on constate, dans ce dernier cas, les signes d'un *hémato-salpinx* par rupture de la grossesse tubaire.

Dans cette forme à petit épanchement sanguin, l'*ictus péritonéal* peut être aussi accentué que dans le cas d'une grande hémorragie et peut donner lieu à une erreur d'interprétation. Ces hémato-salpinx par avortement tubaire sont moins fréquentes que l'épanchement sanguin intra-péritonéal et doivent être, comme une tumeur des annexes, enlevées par la laparotomie.

Dans les cas d'hématocèle, le diagnostic est plus facile et repose sur un certain nombre de signes presque caractéristiques; c'est le plus souvent des malades de ce genre qui viennent réclamer l'intervention, et dans l'immense majorité des cas cette intervention devra être l'incision et l'évacuation par le cul-de-sac vaginal postérieur.

Je suis intervenu treize fois dans ces conditions et avec le même succès. On n'observe dans l'avenir aucun des inconvénients que l'on attribue théoriquement à cette opération.

II

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

129. — Les causes des insuccès thérapeutiques après l'ablation des annexes de l'utérus.

(*Congrès Français de Chirurgie*, 1891, p. 184.)

Cette communication ne fait que confirmer les conclusions d'un mémoire sur le même sujet que j'ai présenté au Congrès International de Berlin, au mois d'août 1890.

Les résultats éloignés des ablations des annexes sont excellents d'une manière incontestable, quand l'indication opératoire est formellement fournie par la *présence* et la *nature* de lésions tubaires ou ovariennes. De ces lésions, il faut placer au premier rang les *salpingites* et *ovarites* suppurées, *petites* ou *grosses*, au deuxième rang les *ovarites* et *péri-ovarites* douloureuses.

Les bons résultats éloignés sont beaucoup moins certains après l'ablation de certaines salpingites *catarrhales* ou *interstitielles*, et il y a encore plus de réserve à faire sur le traitement des accidents nerveux hystériques ou hystériformes par l'enlèvement des annexes saines ou peu altérées.

Les observations qui servent de base à ce travail sont au nombre de 70 ; elles n'étaient que de 43 au moment du Congrès de Berlin.

Les accidents tardifs qui peuvent être considérés comme de mauvais résultats, permanents ou transitoires, sont :

1° Des poussées inflammatoires péritonéales, récidivantes, pouvant tenir à une lésion annexielle du côté non opéré ou à une nouvelle infection utérine ;

2° Des douleurs plus ou moins tenaces, liées quelquefois à des exsudations péritonéales séreuses ou hémorragiques, se faisant à l'époque des règles, ou se reproduisant chez des malades entachées d'affections nerveuses et chez lesquelles les lésions peuvent être considérées comme le point de départ des troubles fonctionnels et douloureux ;

3° Des écoulements muqueux ou muco-purulents ou hémorragiques pouvant nécessiter le curetage.

Sur 70 ablations d'annexes, j'ai observé 9 fois des troubles consécutifs pouvant être rapportés à l'opération. Ces insuccès ne sont que relatifs, et les malades ont toujours bénéficié de la disparition des symptômes primitifs de l'affection.

130. — Du traitement des fibromes par la castration tubo-ovarienne.

(*Bull. Congrès français de Chirurgie*, 1893, p. 36.)

Il est tout d'abord nécessaire d'établir les indications des interventions contre les fibromes de l'utérus, et il paraît sage et prudent de ne les conseiller que dans un nombre de cas relativement restreints; ceux-ci me paraissent com prendre :

1° Les fibromes à évolution rapide dont on peut prévoir et annoncer un développement énorme et indéfini dans un avenir rapproché;

2° Les fibromes arrivés à un degré tel de développement qu'ils constituent une gêne, une infirmité et une difformité incompatible avec les exigences de la vie ordinaire;

3° Les fibromes, même peu volumineux, développés et situés de telle façon qu'ils exercent une compression douloureuse du côté de la vessie ou du rectum.

4° Les fibromes hémorragiques et les fibromes hydrorrhéiques, que les hémorragies soient des ménorrhagies entretenues et exagérées par la congestion menstruelle, ou des métrorrhagies à écoulement continu intermenstruel;

5° Les fibromes douloureux, la source des douleurs étant le plus souvent dans une lésion concomitante des annexes et plus rarement dans une mobilité anormale de la tumeur;

6° Les fibromes dégénérés, ayant subi la transformation kystique, myxomateuse ou œdémateuse, à plus forte raison, atteints de sphacèle;

7° Les fibromes ayant déterminé la production d'un épanchement ascitique;

8° Les fibromes que leur évolution a amenés dans la cavité utérine et dans la cavité vaginale et qui présentent à la fois des indications dues à l'hémorragie, à l'hydrorrhée, à la compression des organes voisins et quelquefois au sphacèle de la tumeur.

En général, il est nécessaire de s'adresser à l'ablation *directe*, soit par la voie abdominale, soit par la voie vaginale· le traitement *indirect* par l'ablation des annexes, semble représenter, dans un certain nombre, un moyen moins périlleux et aussi efficace, et c'est à préciser les indications et les résultats de ce traitement que vise cette communication.

Les *douleurs* et les *hémorragies* représentent, par excellence, les indications du traitement des fibromes utérins par l'ablation des annexes.

Les hémorragies doivent être des *ménorrhagies* relevant de la menstruation; un suintement sanguin continu ou se reproduisant à l'occasion de causes minimes permet de croire que l'influence tubo-ovarienne n'est plus en jeu: l'*hydrorrhée* indique également que le fibrome est devenu sous-muqueux ou même cavitaire.

La diminution de consistance de la tumeur au palper, son ramollissement, sa pseudo-fluctuation, permettent de supposer qu'elle est en partie dans la cavité utérine et qu'elle n'est plus justiciable du traitement *indirect*.

Celui-ci ne s'adresse d'une manière utile qu'aux fibromes interstitiels dont la présence entretient dans l'utérus cet état particulier de vitalité excessive et de congestion exagérée qui se traduisent, d'une façon continue, par l'hyperplasie du tissu utérin et à chaque époque menstruelle par des hémorragies.

Les fibromes sous-péritonéaux pédiculés doivent être enlevés directement.

Les *douleurs* abdominales ou pelviennes, en coïncidence avec un fibrome, indiquent presque toujours une lésion des annexes, salpingites catarrhale et interstitielle, hémato-salpingite, plus rarement pyo-salpingite, ovarite kystique et kysto-hématique.

Pour que l'opération conserve son caractère de *bénignité* et de *simplicité*, il faut qu'elle soit *facile*; elle remplit d'autant mieux ces conditions que ce fibrome est plus petit; mais elle les remplit encore avec des fibromes dont le volume peut atteindre l'ombilic; au delà de cette limite et avec une tumeur étalée dans les flancs, elle n'est plus possible; dans ces cas, les annexes ne peuvent plus être trouvées ni pédiculisées.

Cette opération peut être pratiquée chez des femmes jeunes où elle arrête le développement des fibromes et chez des femmes plus âgées où elle provoque la ménopause. La technique est simple; l'incision doit être petite; la recherche des annexes doit se faire méthodiquement en suivant exactement les contours de la tumeur; le pédicule doit être saisi dans une ligature en masse pour éviter le passage d'une aiguille souvent suivi d'une hémorragie d'hémostase très difficile; la section doit être soigneusement faite au thermocautère.

J'ai opéré 26 fibromes par la castration tubo-ovarienne, 20 fois pour arrêter des ménorrhagies inquiétantes, 2 fois pour des hémorragies et des douleurs simultanées, une fois pour des douleurs sans pertes sanguines exagérées, une fois pour entraver le développement d'un énorme fibrome.

Sur 26 interventions, il se produisit 3 *décès* peu imputables à l'opération elle-même; dans tous les autres cas, la guérison opératoire fut obtenue avec la même simplicité que dans les laparotomies les plus simples.

Les résultats thérapeutiques sont les suivants: trois fois, les hémorragies se reproduisirent par développement intra-cavitaire des fibromes, après une longue période de répit; une autre fois, elles persistèrent et ne furent nullement modifiées. Dans 18 cas, les hémorragies et les douleurs ont disparu et, dans tous les cas, la tumeur a notablement diminué et a même complètement disparu. Les phénomènes de compression ont cédé avec la diminution du volume des fibromes.

Suppression des hémorragies par suppression de la fonction menstruelle; suppression des douleurs par ablation des annexes malades, réduction considé-

rable des grosses tumeurs, disparition des petites : tels sont les résultats du traitement des fibromes par l'ablation des annexes.

131. — Des indications et de la valeur de l'incision vaginale.

(*Bulletin du Congrès français de chirurgie*, 1895, p. 859.)

Il ne s'agit pas ici du traitement des suppurations pelviennes, mais des cas dans lesquels il est possible, sans délabrement ni mutilation, d'utiliser la voie vaginale, pour aborder les organes du bassin, enlever des néoplasmes et ouvrir des collections situées dans cette région.

Les observations et la pratique de l'auteur dans ce cas particulier ont trait :

1° A l'ablation des kystes de l'ovaire ; 2° à l'ablation des fibromes de l'utérus ; 3° à l'extirpation des annexes d'un seul côté ; 4° à l'ouverture des collections hématiqnes réunies sous le nom commun d'hématocèle rétro-utérine.

1° L'ablation des kystes de l'ovaire par la voie vaginale qui doit rester une opération tout à fait exceptionnelle peut être tout à fait recommandée quand le kyste est petit ou de moyen volume, qu'il est franchement situé dans le cul de-sac postéro-latéral et à plus forte raison quand il se trouve enclavé et comme coincé derrière l'utérus. J'ai pratiqué 4 fois cette opération avec un plein succès. 2° L'extirpation d'un fibrome de l'utérus par la voie vaginale avec conservation de l'organe représente encore une opération d'exception ; elle est indiquée dans le cas de fibrome de petit volume, gros comme une noix, une mandarine inclus dans le tissu utérin, faisant une saillie qui fait bomber et déforme une des faces de l'utérus, déterminant des métrorragies ou des phénomènes de compression vésicale, dans les cas de fibromes pédiculés-cavitaires. Dans deux cas, j'ai pu ainsi enlever desfibromes situés à la face antérieure de l'utérus, après incision du cul-de-sac antéricur, décollement de la vessie, et réparer ensuite la brèche utérine et la section vaginale par une suture au catgut. Deux fois j'ai enlevé des polypes fibreux, haut situés dans la cavité du corps utérin, par l'hystérotomie médiane, terminée par suture de la paroi utérine. La simplicité de l'opération et la conservation de l'utérus en font une intervention recommandable au premier chef.

3° Six fois, chez des femmes jeunes, après un examen qui m'avait permis de conclure à la présence d'annexes malades *d'un seul côté* et à la possibilité de conserver l'utérus et les annexes du côté opposé, j'ai ouvert le cul-de-sac postérieur et enlevé les annexes du côté malade. Pour ce faire, les annexes doivent être bas situées, facilement accessibles par la tranchée vaginale, adhérentes ou prolabées dans un des culs-de-sac postéro-latéraux. Le cul-de-sac doit être

incisé largement dans toute son étendue transversale ; le cul-de-sac vaginal *postérieur* représente la *voie de choix*.

4° L'incision vaginale représente le traitement par excellence des collections hématiques péritonéales réunies sous le nom collectif d'*hématocèle rétro-utérine* ou *péri-utérine*. Inciser largement le cul-de-sac, vider complètement les caillots à l'aide de grands lavages et au besoin par un grattage prudent avec une curette en forme de cuiller, drainer soigneusement avec un gros tube en T et conserver longtemps le drainage jusqu'à retrait complet de la cavité ; telles sont les conditions faciles et indispensables d'une guérison certaine qui s'obtient en quinze ou vingt-cinq jours.

132. — De l'intervention dans l'hématocèle péri-utérine.

(Discussion à propos d'une communication de M. Reynier.)

(*Ibid.*, 1895, p. 873.)

Il ne faut pas établir, comme M. Reynier a tendance à le faire, une confusion entre la grossesse tubaire et l'hématocèle péri-utérine ; la grossesse tubaire doit être enlevée ; l'hématocèle péri-utérine doit être évacuée et, dans ce cas, la voie vaginale reprend tous ses avantages de simplicité et de bénignité.

133. — Le traitement des prolapsus génitaux.

(*Bullet. Congrès français de Chirurgie*, 1896, p. 583.)

(Rapport sur la deuxième question mise à l'ordre du jour.)

Ce rapport représente le travail d'ensemble le plus considérable sur la question. Il a trait à la pathogénie et aux divers modes de traitement des prolapsus génitaux.

Dans les causes de prolapsus, il est nécessaire de distinguer : 1° les lésions mécaniques de déchirure, de distension ; 2° les troubles de nutrition des tissus. Ces derniers peuvent prendre une si grande importante qu'ils arrivent parfois à dominer la pathogénie et à devenir la source d'indications spéciales et la cause d'échecs opératoires.

La déchirure ouverte ou sous-muqueuse du corps périnéal, l'agrandissement de la fente vulvo-vaginale, la déchirure du col utérin, sont les éléments primordiaux de la descente des organes et de leurs troubles de nutrition. Mais il y a lieu de remarquer que les phénomènes mécaniques ne sont pas tout dans la pathogénie du prolapsus et que, le plus souvent, ils doivent se compliquer d'un état spécial de nutrition des tissus les prédisposant au relâchement et à la descente. Ces malades présentent d'autres *ptoses*, sont de véritables dégénérées du tissu muscu-

laire, de vraies dystrophiqnes, à sangles relâchées, peut-être par une véritable sénilité du système nerveux (Reynier).

En général, le prolapsus débute par le manque de soutien inférieur, grâce à l'insuffisance du plancher vagino-périnéal ; plus exceptionnellement, se produit la descente *primitive* de l'utérus avec intégrité du vagin et du périnée, par *insuffisance des attaches ligamenteuses et péritonéales* de l'organe.

On peut ranger les degrés du prolopsus génital de la façon suivante :

1° *La colpocèle antérienre* ou chute de la paroi vaginale antérieure suivie, dans la majorité des cas, par la vessie, *cystocèle*;

2° *La colpocèle postérieure* composée souvent de la seule paroi vaginale postérieure et quelquefois compliquée du prolapsus de la paroi rectale antérieure;

3° *La chute du vagin avec abaissement de l'utérus et allongement hypertrophique sus-vaginal du col*, primitif ou consécutif;

4° *Le prolapsus du vagin et de l'utérus sans allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col.*

Au point de vue pratique, il semble meilleur de distinguer seulement deux grandes variétés de prolapsus :

1° Le prolapsus des parois vaginales, sans abaissement de l'utérus ou avec un faible abaissement de cet organe ;

2° Les prolapsus *totaux* comprenant la chute des parois vaginales avec l'utérus plus ou moins saillant à la vulve et en général hypertrophié en longueur.

Le traitement des prolapsus génitaux se divise en méthodes de *douceur*, *non sanglantes* et en méthodes *sanglantes* ou traitement chirurgical proprement dit. Le traitement médical par le repos prolongé, la suppression des vêtements serrés, etc,, ne peut être considéré que comme un traitement préventif, dans les cas récents.

Dans le prolapsus ancien, le *pessaire* peut être considéré comme un palliatif utile, à condition qu'il reste un corps périnéal suffisant et que l'on fasse usage de numéros *suffisants*, mais le plus *petits* possible, pour ne pas exagérer la distension déjà trop grande des parois vaginales.

Le *massage* et la gymnastique paraissent donner de bons résultats ; mais nous n'avons pas en France les éléments d'une statistique rigoureuse et comparative.

Le traitement *chirurgical* des prolapsus génitaux comprend des opérations nombreuses et variées dont les unes représentent les actes *fondamentaux* du traitement, les autres les actes *complémentaires*. Les actes *fondamentaux* doivent viser d'abord et *dans tous les cas* le plancher vagino-périnéal, point affaibli du diaphragme pelvien, et se compliquer d'actes *complémentaires* du côté de l'utérus, augmentant d'importance avec ses lésions secondaires et son degré de descente.

Il est nécessaire de passer en revue : 1° l'indication opératoire ; 2° l'opération capable de la réaliser ; 3° les procédés opératoires.

Les opérations d'Emmet, de Lawson Tait, de Doléris, représentent des procédés de choix quand il ne s'agit que de refaire et relever le corps périnéal et de rétrécir l'entrée du vagin ; la *colpopérinéorraphie* est l'opération par excellence quand il s'agit de diminuer en même temps l'amplitude des parois vaginales prolabées ; elle doit être souvent précédée de la colporraphie antérieure.

En cas de déchirure ancienne et d'hypertrophie du col, l'amputation partielle de cet organe suivie de sa restauration doit être ajoutée aux opérations plastiques vagino-périnéales.

Le secret du succès est dans la bonne exécution de l'opération ; celle-ci n'est utile que si elle a pour résultat de *rétrécir* et de *fermer*, et ce résultat n'est obtenu qu'en *ayant l'air d'avoir trop fait pour avoir fait assez.*

Tous les procédés en apparence plus simples de suture de parois vaginales avec des fils d'argent ou de Florence (Freund, Jacobs) ne donnent que des résultats incertains.

Dans les opérations complexes ou *combinées*, le traitement ne vise plus seulement le soutien inférieur, mais s'adresse isolément ou en association avec d'autres interventions aux moyens de fixité *supérieurs* de l'utérus ou à cet utérus lui-même pour le modifier dans sa forme, dans son poids, ou le supprimer d'une façon radicale.

La *fixation* de l'utérus par le raccourcissement des ligaments ronds, opération d'Alquié-Alexander, ne peut être considérée que comme une manœuvre complémentaire consécutive aux opérations plastiques pratiquées sur le vagin ; il en est de même de l'*hystéropexie.*

Il est souvent nécessaire de combiner l'*amputation partielle* de l'utérus avec les opérations plastiques ; cette combinaison représente la meilleure exécution des indications opératoires fournies par le prolapsus vagino-utérin avancé. L'ablation des portions hypertrophiées du col utérin entraîne, dans le reste de l'organe, un véritable travail de sclérose et d'atrophie à la suite duquel il se produit encore une diminution de volume et de poids.

L'hystérectomie pratiquée de parti pris dans la cure du prolapsus n'avait guère été exécutée en France jusqu'à ces dernières années ; *seule*, c'est-à-dire non associée aux opérations plastiques exécutées sur le vagin et le périnée, elle n'est pas suivie d'un résultat thérapeutique utile. Cette opération n'est guère admissible que chez la femme ayant dépassé l'âge de la conception et après échec ou impossibilité de tous les autres modes de traitement.

On peut donner une statistique approximative des résultats obtenus par les diverses méthodes opératoires. Pour les opérations *plastiques*, la moyenne de guérisons après la colporaphie antérieure et postérieure et la colpopérinéorra-

phie peut être évaluée à 90 % ; si l'on ne vise que les succès éloignés, suffisants au point de vue fonctionnel (statistique personnelle).

Au point de vue de la reconstitution parfaite de la forme et de l'aspect de la région, cette statistique s'abaisse à 75 ou 80 %, sans que, malgré quelques imperfections dans la forme, ce résultat utile soit compromis,

Pour l'*hystéropexie*, sur 55 opérations on compte 3 morts, 19 % de récidives, 15 % d'améliorations, 60 % de guérisons.

L'*hystérectomie* donne pour 137 cas d'extirpation totale de l'utérus, contre le prolapsus, 14 morts, soit 10 % de mortalité, 8,8 % de récidives, 15,8 % d'améliorations notables, 78,4 % de guérisons.

134. — Le pronostic des kystes végétants de l'ovaire.

(*Bull. Congrès Français de Chirurgie*, 1897. p. 834.)

Par *kystes végétants* envisagés au point de vue du pronostic, nous n'entendons parler que des kystes dits *papillaires* dans lesquels les végétations ont perforé la paroi kystique pour venir s'étaler et végéter à l'extérieur ou se développent d'emblée à la fois dans l'intérieur et à l'extérieur du kyste. Nous avons pu observer tous les degrés les plus variés de développement du processus. Petite ou grosse, la lésion est la même ; un lien commun unit tous ces degrés et un symptôme précoce leur appartient à tous, l'*ascite*, première manifestation clinique de la malignité de la production abdominale.

La malignité du kyste papillaire ne peut être déterminée histologiquement ; elle ne peut être déterminée par les caractères anatomiques ; elle est surtout en rapport avec le *séjour plus ou moins prolongé de la lésion dans la cavité abdominale.*

Chez les malades que l'on opère avec des adhérences et des greffes papillaires, l'ablation est presque toujours forcément incomplète et la greffe que nous laissons volontairement ou involontairement se développe et reproduit la lésion soit sur place, soit à distance. Dans le cas de lésions bien limitées sans adhérence ni généralisation, l'ablation peut être complète et la guérison définitive.

Dans des cas heureux, une opération même incomplète peut-être suivie d'une guérison prolongée et quelquefois même définitive.

Ces masses épithéliales végétantes se propagent peu et récidivent par le mécanisme de la greffe implantée par contact direct ou peut être déposée par le liquide ascitique.

Dans les cas avancés, la gravité opératoire extrême et la mortalité immédiate ou rapide est considérable.

J'ai opéré 39 kystes végétants papillaires.

Deux tumeurs solides des ovaires démontrées histologiquement malignes.

Un kyste dermoïde compliqué de dégénérescence carcinomateuse.

Sur ces 42 opérées, 17 ont succombé rapidement; 25 ont survécu et ont pu être observées. Les résultats thérapeutiques *éloignés* ne peuvent porter que sur 17 malades.

Dans 7 cas, la guérison s'est maintenue ou paraît se maintenir après une seule opération.

Depuis 5 ans et 3 mois........	1 cas
Depuis 3 ans et 10 mois.................... .	2 —
Depuis 2 ans et 11 mois..........................	1 —
Depuis 1 an et 10 mois 1/2..	1 —
Depuis 1 an et 8 mois........................	8 —
Depuis 1 an................................	1 —

La cause de la guérison définitive ou prolongée une paraît devoir être trouvée dans l'absence de tumeur secondaire ou de généralisation épiploïque ou intestinale.

Dans deux cas, la guérison s'est maintenue après une *récidive traitée par une seconde opération*. Une malade a survécu 7 ans, ayant subi en tout *trois* opérations.

Dans *quatre* cas, la récidive et la mort sont survenues après une période plus ou moins éloignée de l'opération, étendue de dix mois à trois ans avec tous les intermédiaires possibles.

Des considérations de ce mémoire ressort d'une manière évidente et presque banale la conclusion pratique que tout kyste de l'ovaire diagnostiqué et reconnu doit être opéré de bonne heure et sans tarder. Entre la bénignité et la malignité d'un kyste, il n'y a souvent que l'épaisseur de la paroi.

135. — Hystérectomie abdominale totale pour tumeurs de l'utérus. Discussion.

(*Bullet. Congrès français de Chirurgie*, 1897, p. 889.)

Je m'élève hautement contre les conclusions de mon habile collègue Montprofit nous disant qu'il faut opérer par l'hystérectomie abdominale totale les fibromes utérins, même les plus petits. Cette proposition ne pourra que mener à des désastres si elle incite à cette opération des chirurgiens moins habiles et moins entraînés.

Si l'opération vaginale est quelquefois laborieuse, elle est, pour ainsi dire, presque toujours sans danger; l'important est, dans l'évolution d'un fibrone, de ne pas laisser passer le moment où il est encore abordable et possible à enlever par la voie vaginale.

On peut éviter les erreurs de diagnostic si on ne commence l'acte opératoire qu'après avoir assis solidement le diagnostic et ses indications. Je serais

désolé de voir abandonner de parti pris la voie vaginale qui est la voie de *choix* pour les fibromes de petit et de moyen volume; son abandon marquerait un recul fâcheux qu'il faut arrêter. La voie abdominale et la voie vaginale ont chacune leurs indications qu'il faut savoir reconnaître et remplir.

136. — Appendicite ou annexite.

(*Bullet. Congrès français de Chirurgie*, 1898, p. 333.)

Les difficultés du diagnostic et du traitement sont quelquefois très grandes et insurmontables chez certaines femmes atteintes d'affections abdominales aiguës.

Pour ramener la question à sa forme la plus simple, on peut distinguer trois ordres de faits :

1° Une appendicite est méconnue et est prise pour une annexite ;

2° Dans l'erreur inverse, une annexite est prise pour une appendicite ;

3° Dans le troisième ordre de faits, il existe à la fois des lésions d'appendicite et d'annexite et en général les symptômes de l'une ou l'autre affection prennent assez d'importance et dominent trop la situation pour qu'il soit possible de faire le diagnostic des deux lésions simultanées.

L'erreur la plus grave et la plus fréquente consiste à prendre l'appendicite pour une poussée péritonéale annexielle.

L'erreur est justifiée par les symptômes *frustes* de l'appendicite, la diffusion de la douleur, l'impossibilité de la palpation abdominale, la difficulté de la connaissance exacte du passé abdominal. L'examen local lui-même peut donner des renseignements faux.

Le diagnostic a des chances d'être bien établi si l'on se rappelle que dans l'appendicite les phénomènes péritonéaux sont dès le début et d'emblée portés à un degré de gravité que l'on n'observe pas en général dans les pelvi-péritonites d'origine annexielle,même de forme grave. Les traits du tableau péritonéal sont plus marqués et mieux dessinés. La température est en général plus élevée dans la crise appendiculaire.

Dans l'appendicite, en général, l'affection est progressive et ne peut guère s'arrêter; dans l'annexite, même après un début orageux, à grand fracas, les accidents s'amendent rapidement et l'idée d'une affection dangereuse à courte échéance ne persiste guère plus de quelques jours. Nous manquons des éléments précis d'un diagnostic différentiel. De tous ces faits il doit découler cette conclusion pratique : quelles que soient les difficultés du diagnostic, quelle que soit la responsabilité que l'on assume dans les cas douteux, l'intervention s'impose, et si l'on ne veut pas être surpris par un désastre que l'on n'a pas su pré-

voir ni prévenir, il faut renverser les termes du vieux proverbe et, *dans le doute, ne pas s'abstenir*.

137. — De l'ablation des fibromes par l'hystérectomie vaginale. Statistique personnelle.

(*Bullet. Congrès Français de Chirurgie*, 1898, p. 643).

L'hystérectomie vaginale ne doit pas être comparée à l'hystérectomie abdominale, sa rivale; elles ont l'une et l'autre leurs indications. L'hystérectomie abdominale ne doit s'adresser qu'aux tumeurs qu'il est plus dangereux ou plus difficile de faire passer par le vagin.

L'ablation par la voie vaginale ne peut que gagner du terrain, s'il est reconnu et admis que les fibromes doivent être enlevés dès qu'ils sont constatés, alors même qu'ils sont encore petits et à peine développés; dans ces cas, leur voie d'issue est représentée par le vagin; facilité, rapidité et bénignité d'exécution sont les caractéristiques de l'opération vaginale.

Les indications de cette opération doivent être moins étendues qu'il y a quelques années et il y a avantage aujourd'hui à opérer par l'abdomen des tumeurs de volume moyen que nous faisions plus péniblement passer par le vagin. La situation élevée du fibrome dans le fond de l'utérus nécessite également la voie abdominale; il en est de même de l'étroitesse et de la rigidité vagino-périnéales.

Les fibromes du volume d'une orange, du poing, s'élevant à mi-chemin entre l'ombilic et le pubis, reposant sur la voûte vaginale, et en coïncidence avec un vagin large et extensible, sont justiciables de l'hystérectomie basse.

Depuis 1892, j'ai opéré 109 fibromes par cette voie, de volume très variable, dont les plus petits ne représentent que quelques noyaux inclus dans le tissu utérin et dont les plus gros atteignent l'ombilic en hauteur, les fosses iliaques en largeur et arrivent au poids de 2 kilogrammes.

Le poids des fibromes enlevés varie entre 2 kilos et 230 grammes; le volume d'une tête de fœtus et plus à celui d'un œuf de poule. La durée de l'opération varie de 5 à 45 minutes, sans dépasser cette limite, même pour les plus grosses tumeurs.

Dans 6 cas il existait une coïncidence de cancer utérin, dans 14 une complication de lésions annexielles.

Sur ces 109 opérations, j'ai eu 101 guérisons et 8 morts, soit une proportion de 7,33 %.

Quatre fois seulement, la mort a été due à la septicémie péritonéale. Celle-ci dans trois cas paraît due au prolapsus des anses intestinales et de l'épiploon dans le vagin où elles ont des chances d'infection soit immédiate,

soit consécutive. La péritonite qui en résulte marche lentement, avec les apparences de l'occlusion intestinale et entraîne la mort vers le onzième ou le douzième jour.

Cet accident peut être prévenu par un détail de technique opératoire sur lequel il me paraît intéressant d'insister, à savoir la suture des parois vaginales et la fermeture partielle de la brèche vagino-péritonéale. Cette fermeture est réalisée par un catgut n° 2 passant à travers les parois vaginales antérieure et postérieure, au niveau de leur section et les rapprochant l'une de l'autre, pendant qu'à droite et à gauche les pédicules vasculaires munis de leurs pinces sont légèrement attirés par en bas et maintenus dans le vagin au-dessous de la ligne de réunion, en dehors de la cavité péritonéale. Toute possibilité de prolapsus intestino-épiploïque se trouve prévenue; les anses intestinales ne sont plus au contact direct du tamponnement vaginal; les pédicules et les pinces se trouvent en grande partie, sinon en totalité, au dehors de la cavité péritonéale.

Les suites opératoires sont de ce fait très simplifiées; la douleur immédiate est très atténuée par l'absence de contact du péritoine pelvien avec le tamponnement et les pinces, l'irritation de la séreuse est réduite au minimum; les chances d'infection se trouvent considérablement diminuées.

138. — A propos de l'hystérectomie abdominale totale. (Discussion.)

(*Bulletin du Congrès français de chirurgie*, 1899, p. 74).

Il ne s'agit ici que de l'hystérectomie abdominale supra-vaginale appliquée au traitement des fibromes utérins. On doit la préférer à l'hystérectomie abdominale totale à cause de sa technique simple et bien réglée, la facilité de l'hémostase préventive et définitive, l'absence d'ouverture du vagin.

Il n'y a pas lieu de tenir compte des complications théoriques que peut amener l'abandon d'une petite portion du col (infection, dégénérescence épithéliomateuse).

Dans cette communication, l'auteur expose sa pratique dans 27 cas opérés de 1898 à 1899.

C'étaient de gros fibromes pesant entre 1 kilogr. et 8 kilogr. et le volume n'a pas ajouté aux difficultés de l'opération, ce qui est la règle.

L'auteur note certaines dispositions fréquentes qui compliquent les manœuvres, à savoir :

L'enclavement du fibrome développé au niveau de la face postérieure de l'utérus;

La présence d'une petite bosselure fibromateuse antérieure, au-dessus de

l'insertion vaginale du col, disposition qui commande une grande prudence quand on libère la vessie ;

L'effacement et la dilatation du col par un fibrome cavitaire.

Dans ce cas on est exposé à ouvrir le vagin en avant, croyant sectionner le col ; il suffit alors de sectionner le col en arrière et de suturer le moignon utérin avec la tranche vaginale.

L'inclusion du fibrome dans le ligament large qui nécessite une décortication préalable à la compresse ;

Une annexite parfois volumineuse (7 cas sur 27, (kyste hematique de l'ovaire gros comme une orange). Il faut d'abord libérer la poche annexielle et l'extraire. L'ovaire contient parfois un liquide hématique qui peut se repandre dans l'abdomen ; il n'y a jamais eu aucun inconvénient.

Le procédé de l'auteur est à peu près celui qui a été décrit par le professeur Terrier : c'est le procédé américain avec pincement des utérines avant la section.

L'auteur insiste sur la nécessité de *péritoniser* les surfaces cruentées tant pour parfaire l'hémostase que pour s'opposer à un suintement en nappe. Il a drainé dans six cas par le ventre quand une poche annexielle s'était rompue ou que l'opération avait duré trop longtemps.

La durée de l'opération est de quarante minutes en moyenne.

On a noté un hématome intra-ligamenteux vers le 10e jour dans 2 cas.

Les résultats opératoires sont, sur 27 opérations, 25 guérisons, soit une mortalité de 7/4 pour 100.

139. — Deux cas de résection du segment iléo-cólique de l'intestin.
(*Bulletin du Congrès français de chirurgie*, 1899, p. 441.)

Dans un cas l'opération a été pratiquée pour mettre fin à une fistule intestinale compliquée par un rétrécissement très serré de l'intestin, accompagné d'accidents d'obstruction chronique, une autre fois pour enlever un foyer de tuberculose localisée à la région de l'intestin grêle voisine du cæcum, au cæcum et à la partie inférieure du côlon

Dans les deux cas l'appendice était largement envahi et l'on se demande si ces lésions ont débuté par l'appendice pour gagner l'intestin, ou si elles ont au contraire marché en sens inverse.

Obs. I. — *Appendicite et pérityphlite chronique avec crises répétées ; résection de l'appendice ; production secondaire d'une fistule intestinale consécutive à un rétrécissement fibreux très serré du cæcum ; résection du segment iléo-colique ; guérison.*

Outre les détails importants de technique opératoire, cette observation est surtout remarquable au point de vue anatomo-pathologique. La pièce enlevée représente un type de rétrécissement du cœcum et de la partie inférieure du

côlon, par épaississement et hypertrophie des parois intestinales. Ce rétrécissement est tellement serré et étroit, qu'il laisse à peine passer une sonde de femme.

L'examen microscopique de la muqueuse ne permet pas d'y déceler, pas plus que dans les parois de l'intestin, la présence de lésions tuberculeuses; il semble bien s'agir d'un rétrécissement fibreux d'origine hyperplasique, avec ulcération de la muqueuse à une autre époque. Il s'agit de véritables *tumeurs inflammatoires* du segment iléo-colique de l'intestin.

Obs. II. — *Appendicite et typhlite tuberculeuse; première opération : résection de l'appendice; deuxième opération : ablation du segment iléo-cæcal de l'intestin et entérorraphie.*

Jeune fille d'une vingtaine d'années, présentant depuis plus de six mois des troubles intestinaux avec douleur fixe et continue dans la région iléo-cæcale.

Une première opération permet d'enlever l'appendice manifestement atteint de tuberculose et de constater une vascularisation anormale du cæcum. L'amélioration immédiate, d'abord considérable, s'arrête au bout de quelque temps et la douleur reparaît dans la région cæcale avec des troubles intestinaux et de la fièvre.

Après plusieurs mois d'hésitation, et dans des conditions générales aussi mauvaises que possible, une deuxième opération conduit sur une masse volumineuse comprenant la partie terminale de l'iléon, le cæcum et les franges épiploïques. Toute cette masse est réséquée et la continuité de l'intestin est rétablie par une suture circulaire bout à bout.

La pièce enlevée représente le type le plus caractérisé de tuberculose intestinale : sur l'intestin grêle, depuis la valvule iléo-cæcale, qui n'est plus reconnaissable, jusqu'à environ 13 ou 14 centimètres, toute la muqueuse est criblée d'ulcérations tuberculeuses plus ou moins profondes et plus ou moins étendues... Sur le gros intestin, ces ulcérations sont moins confluentes, mais elles sont plus larges et plus profondes... Toutes les parois intestinales et les franges épiploïques sont énormément épaissies et vascularisées. Tout le segment iléo-colique réséqué représente une longueur de 29 centimètres, soit 16 centimètres pour l'intestin grêle et 13 pour le gros intestin.

Il se fit à la suite de cette opération une fistule intestinale qui peu à peu se rétrécit spontanément au point de ne plus laisser passer qu'une quantité insignifiante de matières intestinales.

140. — Symptômes et traitement des retrodéviations mobiles.

(Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux 1895).

Il s'agit ici des *rétroversions* mobiles, *réductibles*, s'observant chez des femmes ayant eu un ou plusieurs accouchements.

Dans l'analyse des symptômes, l'auteur décrit d'abord *les formes latentes* dans lesquelles la *rétroversion* n'est révélée par aucun symptôme morbide, puis *celles* où la *déviation* est un facteur sans importance, chez ces « névropathes à prétexte abdominal chez lesquelles tout est matière à douleurs exagérées ».

Les symptômes qui appartiennent en propre à la rétroversion sont les suivants:

État de malaise permanent vague et mal défini, lourdeur douloureuse dans le ventre — douleur de la région sacrée, — sensation de poids sur le fondement. Quand la malade s'assoit brusquement, sensation de corps qui remue et remonte. Tous ces phénomènes sont augmentés par la marche, la fatigue, les cahots de la voiture. Le coït est douloureux, souvent il y a de la dysménorrhée.

Au moment des règles, les douleurs augmentent et la malade est condamnée au lit.

Souvent les règles sont prolongées. La *stérilité* est fréquemment la conséquence de cet état morbide.

A ce tableau symptomatique s'ajoute souvent le *syndrome utérin* avec ses phénomènes nerveux et ses troubles gastro-intestinaux (constipation) et *la neurasthenie.*

Toute *rétrodeviaton doit* être corrigée chez une femme *jeune*, même en l'absence de trouhles caractérisés, à cause des graves *inconvénients* dont elle peut devenir l'origine :

Prolapsus ovarien.

Coudure de la trompe et Hydrosalpinx.

Rétention des secrétions utérines. L'auteur n'est pas partisan des opérations sanglantes (opération d'Alexander, etc.).

Dans *les rétroversions simples, le traitement de choix est représenté par le pessaire bien choisi et bien appliqué.*

Et à ce point de vue, il faut distinguer:

1° *La femme à mauvais perinée* et à qui une *colpopérinéorrhaphie* est nécessaire pour donner au pessaire un point d'appui solide sur la paroi vaginale postérieure.

Souvent l'opération seule, sans pessaire a pu amener la guérison.

Dans certains cas de métrite cervicale on y ajoutera l'amputation du col.

2° *La femme a un bon périnée :*

Le traitement consiste :

A redresser d'abord l'utérus avec l'Hystéromètre.

A introduire le pessaire.

Le meilleur pessaire, pour l'auteur, est le *pessaire de Hodge* modifié, à dossier très élevé, à branches écartées en arrière, grand, long, haut, n° 5 ou 6.

La malade se présentera tous les deux mois pour faire nettoyer son instrument et contrôler la situation de l'utérus.

L'instrument doit être porté longtemps (de huit mois à un an et demi). Il est parfaitement toléré. Le coït est facile. Une grossesse survient fréquemment.

Les résultats du traitement ont été les suivants :

Sur 120 femmes, traitées de cette façon, 95 ont été définitivement guéries, 9 ont accouché, 12 ont cessé de souffrir bien que la rétroversion se soit reproduite, 13 n'ont retiré aucune amélioration.

141 — Traitement des suppurations pelviennes.

(*Congrès périodique international de gynécologie et d'obstétrique*, seconde session. Genève, 31 août-5 septembre 1896.)

Rapport par M. G. BOUILLY de Paris.

(Traduction en allemand et en anglais.)

Le traitement des *suppurations* pelviennes est essentiellement chirurgical; le principe de l'intervention est essentiellement admis et ne saurait être discuté; ce sont les meilleurs modes d'intervention qu'il s'agit d'étudier.

Le traitement des suppurations pelviennes doit être précédé d'une étude préalable du *siège* de la suppuration et des signes qui permettent de reconnaître la *présence du pus.*

Les suppurations pelviennes, considérées au point de vue de l'intervention chirurgicale, peuvent être classées de la façon suivante :

a) Abcès du tissu cellulaire, paramétrite, phlegmon péri-utérin ;

b) Abcès des trompes ou des ovaires, pyo-salpingites et ovarites suppurées ;

c) Abcès péritonéaux primitifs, pelvi-péritonites, hématocèles suppurées ;

d) Suppurations *complexes* dans lesquelles ces divers organes peuvent prendre part simultanément à la constitution des collections purulentes ou celles-ci se compliquer de fistules s'ouvrant soit à la peau, soit dans les organes creux du voisinage.

a) A la paramétrite ou phlegmon péri-utérin, avec ses diverses variétés de siège, appartient un signe important, la *conservation du cul-de-sac péritonéal;* la formation du pus s'accompagne d'une fièvre toujours vive et d'une température

beaucoup plus élevée que dans les abcès enkystés des trompes ou des ovaires.

Le diagnostic est plus délicat dans les formes *chroniques* de l'abcès pelvien du tissu cellulaire où l'apparence est plus souvent celle d'une tumeur que d'une suppuration.

Un élément important de diagnostic est fourni par la sensation de dureté *ligneuse* donnée par le tissu chroniquement enflammé de la base des téguments larges, par l'induration propagée le long des branches ischio-pubiennes, par la dureté de la paroi abdominale antérieure.

b) Il y a de nombreuses différences d'aspect et de signes entre le petit cordon plus ou moins volumineux de la salpingite parenchymateuse suppurée, la poche plus considérable, régulière, fluctuante, du pyo-salpinx et de l'ovarite suppurée de moyen volume, et les grosses collections tubaires ou ovariennes suppurées pouvant, par leur volume, simuler un kyste de l'ovaire.

Toutes ces formes de lésions sont unies par un lien clinique et une même histoire : la connaissance d'un passé génital plus ou moins ancien, la persistance des symptômes et des signes, les poussées inflammatoires à répétition, l'augmentation de volume ou l'absence de diminution des tuméfactions. La déchéance de l'état général ne permet guère de méconnaître la suppuration dans les cas chroniques.

c) On doit admettre une *pelvi-péritonite primitive* dans laquelle l'infection se propage directement au péritoine sans passer par la trompe. La puerpéralité et la gonorrhée sont les causes ordinaires de cette infection.

Les trois grandes méthodes de traitement des suppurations pelviennes sont : 1° l'*incision simple*, suivie de drainage, pratiqué par la paroi abdominale ou la paroi vaginale ; 2° l'ouverture ou l'ablation des poches suppurées par la *laparotomie;* 3° l'ouverture ou l'ablation des poches suppurées par le vagin, grâce à l'*hystérectomie* vaginale, avec ou sans morcellement de l'utérus.

La *ponction simple* ne peut être considérée que comme un moyen de diagnostic.

L'incision simple, soit abdominale, soit vaginale, représente le traitement de choix pour les abcès chauds du tissu cellulaire de la cavité pelvienne, pour l'ouverture de certaines pelvi-péritonites suppurées, pour les hématocèles rétro-utérines suppurées, pour certaines collections d'infection péritonéale post-opératoire.

La question est plus délicate pour le traitement des abcès des trompes ou des ovaires : l'incision doit être réservée aux collections *aigues*, à poche unilatérale, à parois peu épaisses, facilement fluctuantes, bas situées sur les côtés de l'utérus ; elle peut être considérée comme une opération d'urgence et d'attente, quelquefois curative.

A *froid*, l'incision ne doit s'appliquer qu'aux collections tubaires ou ovariennes

facilement accessibles et paraissant simples dans leur disposition; le résultat du traitement est beaucoup plus incertain. De bons résultats ne peuvent être obtenus que grâce à un drainage longtemps prolongé.

A côté de l'incision vaginale, il faut placer *l'extirpation par le vagin* de petits pyo-salpinx ou de petites ovarites suppurées, avec conservation de l'utérus. Cette opération ne peut être mise en œuvre qu'avec un vagin extensible et dans le cas de tumeur petite, unilatérale et facilement accessible.

L'étude des indications de la *laparotomie* et de l'*hystérectomie* vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes, doit être précédée de l'étude du *choix* du *moment* de l'opération. En général, il est prudent de ne pas opérer au cours des poussées pelvi-péritonéales aigües, plus effrayantes que graves, et d'attendre la chute des accidents pour opérer à *froid*. On peut se fonder pour le choix du moment sur le degré de virulence du pus retiré par une ponction capillaire exploratrice.

Il ne faut pas néanmoins reculer devant l'intervention, s'il y a aggravation des phénomènes généraux et persistance de la fièvre.

Dans ce traitement des suppurations pelviennes, la *laparotomie* reste et restera l'opération de choix, la seule permise : 1° quand la lésion est *unilatérale*; 2° quand il y a *doute* sur la *bilatéralité* des lésions. Tous les efforts du diagnostic doivent se concentrer sur ce point important du siège unilatéral ou bilatéral des lésions.

La même difficulté s'impose quand le diagnostic de la *nature* des lésions est obscur : un petit kyste simple ou dermoïde de l'ovaire, une grossesse extra-utérine peu avancée, un gros ovaire kystique peuvent donner le change et s'accompagner même d'une histoire clinique capable de faire croire à une suppuration pelvienne.

La laparotomie réclame encore les collections *haut* situées, indépendantes pour ainsi dire de l'utérus resté libre et mobile.

Dans les cas d'opérations difficiles, laborieuses, compliquées de déchirure des tissus et de saignement difficile à arrêter, le *drainage* et le tamponnement peuvent singulièrement améliorer les résultats opératoires.

Appliquée au traitement des suppurations pelviennes :

1° L'hystérectomie vaginale peut faire tout ce que ferait la laparotomie ;

2° Elle permet d'atteindre et de guérir des lésions contre lesquelles la laparotomie est impuissante ou dangereuse.

3° Elle réalise par la suppression de l'utérus une indication que beaucoup de chirurgiens remplissent aujourd'hui par l'opération plus compliquée de l'hystérectomie abdominale.

A l'hystérectomie vaginale appartiennent les grandes suppurations et les adhérences compliquées; la simple ablation de l'utérus, sans ablation des

annexes peut suffire à amener la guérison, par la large ouverture du bassin et la facilité donnée à l'évacuation des produits septiques. Si l'opération paraît incomplète, néanmoins le résultat est excellent. Si l'on arrive à comparer les résultats opératoires de la laparotomie et de l'hystérectomie vaginale sur un chiffre considérable, on a les statistiques suivantes :

Laparotomie 1.626 cas, 92 morts, soit 5,59 %.

Hystérectomies vaginales 1.113 cas, 39 morts, soit 3,5 %. L'hystérectomie vaginale semble donner des résultats *éloignés* plus satisfaisants que ceux de la laparotomie, après laquelle les guérisons *complètes* ne sont guère estimées à plus de 68 à 70 %.

Dans l'immense majorité des cas, non justiciables de l'incision vaginale, l'hystérectomie vaginale représente la méthode par excellence du traitement des suppurations pelviennes et la laparotomie ne vit plus que de ses contre-indications.

142. — Statistique et résultats du traitement du cancer utérin par l'hystérectomie vaginale.

(*XIII[e] Congrès international de médecine, tenu à Paris en* 1900, section de gynécologie.)

On doit envisager successivement les résultats opératoires et les résultats thérapeutiques.

Résultats opératoires :

1[re] *période*, de 1886 à 1896. 127 cas.

Mortalité : 19 0/0.

2[e] *période*, de 1897 à juillet 1900 : 56 cas, 3 mor.s.

Mortalité : 5,35 0/0.

Les morts sont dues :

1 à la concomitance d'un kyste de l'*ovaire* chez une malade obèse pesant 110 kilog. et à la difficulté de l'extraction.

1 à un abcès intra-utérin qui infecta le péritoine.

1 au *prolapsus* des anses intestinales dans le vagin et infection péritonéale consécutive.

Cet inconvénient pourra être évité par la fermeture du vagin et la reconstitution de la voûte vaginale.

La gravité *immédiate* de l'opération est donc *minime* et ne peut entrer en ligne de compte dans la discussion des indications opératoires.

Résultats éloignés (1896-1900) :

Ils sont connus pour 134 malades.

Actuellement 18 seulement sont vivantes et parmi elles 2 sont atteintes de *récidive*, 16 sont en bon état et en apparence de guérison.

Il y en a une qui est opérée depuis 12 ans.

La survie *moyenne* après l'opération est de 2 ans.

La survie la plus prolongée est de 6 ans.

C'étaient des cas favorables, où la *lésion* semblait *limitée* et les tissus péri-utérins indemnes.

La récidive s'est produite aussi bien dans les cas où la lésion semblait être au début ou presque douteuse que dans ceux où l'utérus était largement ulcéré et le col détruit.

143. — Des hypertrophies glandulaires localisées du col de l'utérus.

(*XIII*[e] *Congrès international de médecine*, section de gynécologie.)

Les *lésions chroniques* du col ont presque toutes pour siège l'*appareil glandulaire* qui fait partie de sa structure.

Du siège, du développement, des caractères anatomo-pathologiques de ces lésions glandulaires dépendent des variétés nombreuses d'aspect des affections du col et découlent des indications thérapeutiques et opératoires variées.

Parmi ces variétés, il en est *une* qui mérite d'être étudiée : c'est le cas d'une lésion glandulaire se *localisant* en un point du col et laissant intact le reste de l'organe.

Cette lésion existe sous deux formes différentes :

I. — 1[re] *forme :* nodosité, dure, ligneuse, dans l'épaisseur de la *lèvre postérieure*; cette nodosité grosse comme un pois est plus appréciable au toucher qu'à la vue. Elle est *douloureuse* à la pression et *saigne* facilement. Souvent elle a été prise pour une lésion *néoplasique*.

II. — 2[e] *forme* constituée par le développement exagéré des glandes de la *muqueuse cervicale* dans l'intérieur même de cette cavité au-dessus de l'orifice du museau de tanche.

Elle s'observe chez les nullipares de préférence, et siège à la *face interne* de la *lèvre antérieure*.

La lèvre antérieure est *hypertrophiée*, elle se développe surtout du côté de la cavité cervicale.

Au toucher, le cot est entr'ouvert, la *cavité cervicale* est obstruée par une saillie siégeant à la face interne de la lèvre antérieure, mollasse, reposant sur un plan sous-jacent plus résistant.

Dans certains cas la *lèvre antérieure* peut prendre des proportions considérables alors que la *lèvre postérieure* a conservé son volume normal.

Le toucher est douloureux.

Au spéculum, on voit une saillie rougeâtre irrégulière, mamelonnée, framboisée, recouverte par la muqueuse cervicale vascularisée, mais non ulcérée.

On a l'idée d'une petite masse verruqueuse développée à la face *interne du col*.

Au point de vue *anatomo-pathologique*, c'est un *polyadénome*, tumeur *bénigne*, constituée par des *glandes hypertrophiées* et kystiques reposant sur un stroma fibreux et séparées par des bandes de tissu fibreux.

La cause est l'*infection* des glandes de la muqueuse.

Les symptômes n'ont rien de caractéristique, douleurs lombaires ou pelviennes, leucorrhée, règles prolongées, rapports sexuels douloureux, état névropathique.

Cette lésion localisée au col peut entretenir du côté du *corps utérin* un état congestif bizarre se traduisant par une augmentation passagère du volume de l'utérus accompagnée de *métrorrhagies* : c'est alors que l'on pense au fibrome.

L'ablation des portions *hypertrophiées* ramène l'utérus à son volume normal.

Le diagnostic est facile.

L'*hypertrophie glandulaire* diffère de l'épithélioma de la cavité cervicale par l'absence de dureté et d'infiltration profonde du tissu sous-muqueux, la moindre abondance des hémorrhagies, l'absence d'écoulements sanieux, l'absence d'ulcération, le voisinage de quelques grains glandulaires kystiques.

Le seul *traitement* rationnel est représenté par l'*incision au bistouri* des portions glandulaires hypertrophiées : *ablation* d'un lambeau de lèvre antérieure par deux incisions antéro-postérieures réunies par une incision transversale, et *suture* immédiate avec deux ou trois points de catgut. Si les lésions siègent sur les deux lèvres, l'opération de choix est celle de Schrœder.

III

REVUES PÉRIODIQUES — JOURNAUX

144. — Du diagnostic précoce du cancer de l'utérus

(*Semaine Médicale*, 1887, p. 474.)

Les progrès de la thérapeutique chirurgicale du cancer de l'utérus et la connaissance des meilleurs résultats obtenus par l'opération précoce imposent la nécessité de faire de bonne heure le diagnostic du cancer utérin.

Ce diagnostic se fera sur des signes *rationnels* qui ne peuvent donner que des présomptions, sur des signes *physiques* fournis par les divers modes d'examens.

Les métrorrhagies ne peuvent avoir de valeur que si elles se produisent après la ménopause; dans ce cas, elles peuvent ne se produire qu'après la destruction déjà avancée des tissus.

Chez la femme plus jeune, un suintement sanguin presque continuel, sanguino'ent, plutôt rose que rouge, reparaissant à la moindre cause, doit déjà faire soupçonner la néoplasie molique.

L'*hydrorrhée* n'a pas la valeur qu'on lui a attribuée pour le diagnostic précoce du cancer du corps utérin.

La *fétidité* des sécrétions n'est pas un signe constant; elle peut manquer chez certaines femmes soigneuses et dans quelques formes de cancer; elle peut appartenir à d'autres lésions.

La *douleur* ne se manifeste que tardivement; tant que le cancer reste limité au col, les malades ne souffrent pas; en général elles se plaignent bien davantage dans les affections inflammatoires. Au contraire, la douleur apparaît dans le cancer dès que le tissu cellulaire péri-utérin est envahi et elle devient une contre-indication opératoire en faisant prévoir l'envahissement périphérique et la gravité et l'inutilité de l'opération.

Il en est de même de la *cachexie* qui n'apparaît qu'à une période tout à fait tardive après les hémorrhagies et avec l'infection.

Le début ne se trouve marqué par aucun signe caractéristique. Au point de vue du diagnostic par l'examen, les conditions du diagnostic hâtif peuvent se ramener aux trois circonstances suivantes : 1° une infiltration limitée ou diffuse du col sans ulcération; 2° une ulcération d'une desportions du col accessible à la vue et au toucher; 3° une infiltration ou une ulcération de la portion cervicale inaccessible directement aux moyens simples d'explorations.

Dans le premier cas, la vraie certitude ne peut être obtenue par l'examen microscopique d'une parcelle de tissu.

L'ulcération a des caractères presque certains; elle repose sur un tissu *induré*; elle a des bords *indurés*. Du bourgeonnement de l'ulcération dépend surtout la variété d'aspect; mais le doigt reste toujours le meilleur instrument de diagnostic et doit contrôler la vue.

La deuxième partie de l'examen clinique doit comprendre les rappors du cancer avec les tissus voisins; les limites du néoplasme, l'envahissement des tissus voisins, la propagation éloignée ou directe, doivent être appréciées par le toucher qui révèle la consistance des culs-de-sac, la mobilité de l'utérus, des indurations lymphatiques ou ganglionnaires, etc. La douleur dans ces cas prend une importance diagnostique considérable.

145. — Déchirure et ulcération du col de l'utérus

(*Semaine médicale*, 1888, p. 345.)

Toutes les variétés d'aspect de la forme du col, de son ulcération, relèvent de deux conditions pathogéniques indispensables à leur production, à savoir : *la déchirure de l'orifice utérin et la métrite*.

La vraie *ulcération*, que l'on ne doit pas confondre avec l'érosion épithéliale par desquamation, vient de l'intérieur de la cavité cervicale. Il est utile, pour bien comprendre sa production, d'étudier la *fente* agrandie de l'orifice utérin et les lèvres hypertrophiées, saillantes, renversées en dehors du col déchiré. De cette fente et sur ces lèvres fait hernie et s'étale l'*ulcération* avec ses variétés d'apect; cette ulcération n'est autre chose que la muqueuse du col *extériorée*, gonflée, proliférante et ulcérée; c'est l'endométrite du col devenue extérieure; c'est l'ectropion de la muqueuse enflammée à travers le col déchiré ou c'est la muqueuse vue par l'écartement des lèvres du col, s'il n'y a pas ectropion.

Dans l'immense majorité des cas, cet aspect ne peut se produire que chez les femmes ayant eu un accouchement ou une fausse couche, et ayant pu subir une déchirure du col.

Celle-ci peut être facilement démontrée par l'écartement des deux lèvres qui s'écartent comme deux valves, à l'intérieur desquelles on découvre la muqueuse rouge et ulcérée.

Les descriptions spéciales visant l'*acné du col*, la *métrite kystique* doivent être abandonnées; elles ont trait à une variété d'aspect du col déchiré avec ectropion de la muqueuse bourrée de culs-de-sac glandulaires hypertrophiés et devenus kystiques par rétention.

L'aspect de la déchirure du col peut être facilement reproduit dans les opérations d'incision bilatérale du col où la cicatrisation tarde à se faire ou ne se fait pas sur l'un ou l'autre côté du col.

De même par l'opération d'Emmet qui fait disparaître la déchirure, l'aspect normal du col se reproduit.

Dans les cas où la métrite a fait défaut et n'a pas altéré la muqueuse cervicale ou les tissus sous-muqueux, on peut observer une *déchirure du col sans ectropion et sans ulcération*, ou une déchirure avec ulcération ancienne *cicatrisée*. Cette seconde forme, la plus fréquente, donne lieu à la production de la variété des *gros cols non ulcérés*, dans lesquels il est toujours facile de reconnaître le type primitif des cols déchirés, avec la large fente transversale et les lèvres énormes, hypertrophiées, bourrées de kystes glandulaires.

Le plus souvent en coïncidence avec la déchirure du col, on constate une déchirure complète ou incomplète du périnée, due à la même cause, c'est-à-dire à une violence produite au moment de l'accouchement par la partie fœtale ou l'application du forceps.

La déchirure du col avec ulcération n'a pas d'autre symptomatologie que celle de la métrite ; la surface ulcérée peut être le siège d'un écoulement sanguin et d'un écoulement muqueux dont on peut observer directement la source ; les hémorragies peuvent être d'une abondance excessive et devenir la cause d'une indication opératoire.

Pour Emmet, même après la cicatrisation de l'ulcération, le col en ectropion cicatriciel peut déterminer des phénomènes nerveux réflexes, un état persistant d'anémie, des névralgies réflexes, etc., qui ne peuvent disparaître que par la restauration du col.

146. — Le curettage de l'utérus, ses abus, ses insuccès, ses indications.

(*Bulletin général de thérapeutique*, 1895.)

Il ne faut pas supprimer le curettage. C'est une opération excellente qui a fait ses preuves et qui, chaque jour, rend les plus grands services quand elle répond à ses véritables indications, mais *il faut le réglementer*.

On a trop cureté : dans les leucorrhées, dans les affections utérines et péri-utérines, dans les troubles nerveux soi-disant d'origine utérine, dans les *annexites* où le curetage amène une recrudescence des douleurs et est souvent le point de départ d'une poussée de pelvi-péritonite.

Tout curetage *n'est indiqué* que si *la muqueuse utérine* est malade *primitivement* et a besoin d'être modifiée.

Tout curetage qui s'adresse à un symptôme utérin ou abdominal, sans lésion avérée de la muqueuse utérine, est d'avance frappé de stérilité.

A la suite d'un accouchement ou d'un avortement, la muqueuse utérine s'enflamme et traduit extérieurement ses lésions par des hémorrhagies (plutôt

ménorrbagies), un écoulement muqueux, muco-purulent et même franchement purulent.

Ici le curettage modifie heureusement la muqueuse infectée et arrête à la fois la *leucorrhée* et *l'hémorrhagie*. Quand le symptôme « hémorrhagie » se rattache à une lésion annexielle, à la présence d'un fibrome ou d'un polype, à la métrite parenchymateuse ou à la ménopause, le *curettage* est *incertain* et *inefficace*.

I. *Curettage dans les métrites*.

Pour la majorité des praticiens toute métrite appelle le curettage.

En réalité le curettage échoue souvent faute d'un diagnostic judicieux des lésions et d'une saine appréciation de l'indication opératoire.

Dans les métrites, le curettage est par excellence le traitement des *endométrites* du *corps* utérin ; c'est-à-dire des infections superficielles encore récentes de la muqueuse corporelle. *La curette est l'instrument du corps de l'utérus*. Elle réussira, dans les infections posté-puerpérales ou post-abortives de date peu éloignée, dans le nettoyage de la muqueuse infectée par le sang ou les sécrétions retenues par un polype ou un fibrome, dans les métrites caséeuses des vieilles femmes.

Le *curettage* échouera dans les métrites parenchymateuses totales, dans les gros utérus à mauvaise involution à infiltration interstitielle, à mauvaise vascularisation, à innervation troublée, dans la dysménorrhée membraneuse, dans l'hydrorrhée symptomatique d'une *lésion annexielle*, dans les écoulements intermenstruels.

Le *col* est un mauvais terrain pour la curette ; dans les infections aiguës ou subaigües elle est dangereuse ; dans les infections chroniques, elle est inefficace.

La profondeur des lésions contenues dans les culs de-sac glandulaires, les rend inabordables à la curette. Les lésions ne peuvent être modifiées que par des opérations à la fois destructives et réparatrices, réalisant l'ablation des parties malades et la restauration des formes perdues. Le curettage n'intervient que comme acte complémentaire, pour la muqueuse du corps.

II. *Dans les affections péri-utérines*.

Il est loin d'être indifférent de curetter à toutes les périodes des affections péri-utérines et contre toutes ces lésions.

Deux conditions dominent les indications opératoires :

1° Une infection utérine pouvant être supprimée par l'ablation de la muqueuse.

2° La nature et le degré des lésions péri-utérines.

C'est à une période précoce, quand on soupçonne que l'infection *partie de l'utérus* a gagné *le parametrium*, que le curettage a des chances de succès. On arrivera aussi à prévenir une annexite au début, une cellulite pelvienne en voie

d'évolution, une paramétrite postérieure. Quand les lésions annexielles ou péri-utérines sont organisées, le curettage est impuissant, et même nuisible.

Ces principes trouveront leur application dans l'étude du curettage appliqué:

I. Aux affections de l'utérus.

II. Aux affections péri-utérines.

I *Dans les affections utérines.*

A) *Endométrite dite hémorrhagique.*

Le curettage ne donne de succès définitifs et durables contre la *métrorrhagie* que si celle-ci est liée à la présence de *produits étrangers* ou *septiques* à la surface de la muqueuse utérine.

Les *produits étrangers* sont des reliquats de *placenta* ou de *chorion* restés dans l'utérus après l'accouchement. C'est la grande cause des *métrorrhagies continues* ou répétées chez les jeunes femmes. Dans l'interrogatoire on retrouve un retard de règles, une *perte* avec caillots à la suite de laquelle la métrorrhagie s'est installée :

Le *curettage* fait merveille si l'on a soin de ramener le corps étranger, souvent de petit volume qui entretient l'hémorrhagie.

Une autre forme de *métrorrhagie* justiciable du *curettage* est fournie par l'infection de la *muqueuse utérine.*

147. — Symptômes et traitement des rétrodéviations non compliquées.

(*La Gynécologie*, t. Ier, 1896, p. 3.)

Ce mémoire complète une communication faite en 1895 au Congrès de Gynécologie de Bordeaux.

Il ne doit s'agir ici que de cas *simples*, non *compliqués* de lésions des annexes, c'est-à-dire les rétrodéviations *mobiles*, *facilement réductibles*. Il peut exister une *fausse irréductibilité* due à l'enclavement de l'utérus au niveau de la courbure sacrée dont il peut être délogé à l'aide de l'hystéromètre. On peut obtenir ainsi la réduction de rétrodéviations, datant de dix-sept ans et paraissant irréductibles; s'il n'y a pas eu d'infection, il ne se fait pas d'adhérences.

La symptomatologie de la rétroversion est variable; souvent, il n'y a pas de symptômes ; plus souvent il en existe, sans que l'on puisse nettement dire pourquoi ils manquent ou existent dans tel ou tel cas. Il n'est pas douteux que la rétrodéviation simple ne soit par elle-même cause d'un certain nombre d'accidents qui disparaissent avec sa correction et le maintien de cette correction. Ces symptômes rentrent dans le cadre ordinaire du *syndrome utérin*, avec cette particularité décelée par une analyse minutieuse que les accidents sont modérés et

non aigus, qu'il existe surtout des troubles fonctionnels, une sensation de gêne et de descente, une sensation de pression sur le rectum, une sensation de refoulement, de déplacement de corps étranger au moment où la malade s'asseoit; souvent cette douleur n'est pas soulagée ou même elle est exagérée par le décubitus dorsal et instinctivement les malades se couchent et dorment sur le ventre.

Les rapports sont souvent douloureux.

La menstruation peut être douloureuse et prolongée, la ménopause peut être retardée ou compliquée de métrorrhagie.

On constate en général le plus souvent les troubles fonctionnels gastriques et la tendance à la neurasthénie.

Chez les femmes âgées ou chez celles qui n'accusent aucun syptôme, il ne paraît pas nécessaire de traiter la déviation. A la période active de la vie génitale, cette mauvaise attitude doit être corrigée. Elle s'accompagne souvent d'un prolapsus douloureux d'un ou des deux ovaires; elle peut dévier la trompe, à son abouchement utérin; elle est cause de la rétention et de l'infection des sécrétions dans la cavité utérine; elle entraîne un état de congestion passive du parenchyme utérin.

Dans un grand nombre de cas, le traitement ne doit pas être chirurgical; l'emploi judicieux d'un pessaire *bien choisi* et *bien appliqué* constitue lo traitement de choix. Ce traitement ne peut être mis en œuvre que chez les femmes dont le plancher vagino-périnéal intact ou peu détérioré est suffisant pour donner un point d'appui à l'instrument. Dans les conditions inverses, le premier temps du traitement est la restauration vagino-périnéale et quelquefois cette restauration suffit à faire disparaître tous les symptômes attribués à la rétroversion.

Chez les malades à bon périnée, le traitement par le pessaire s'impose d'emblée après un examen démontrant l'intégrité des annexes et la réductibilité de l'organe à l'aide de l'hystéromètre. La correction complète de la déviation doit être obtenue, si l'on veut avoir un résultat utile et la possibilité du port d'un pessaire, sans douleur provoquée par la pression de l'instrument sur le corps utérin, incomplètement ou non réduit.

Le pessaire ne doit être mis en place que pendant que *l'hystéromètre dans l'utérus maintient la correction :*

Les insuccès ne tiennent qu'à la mauvaise application des instruments et à leur choix défectueux. Les instruments ordinaires sont beaucoup trop plats; les bons résultats sont fournis par un pessaire de Hodge modifié, dans lequel la partie postérieure est fortement relevée de manière à représenter un véritable dossier et les branches écartées en arrière, de manière à tendre les parois vaginales.

Après un examen de contrôle pratiqué au bout de quelques jours, l'instru-

ment peut être laissé deux à trois mois en place, avec la précaution d'une injection quotidienne. En général, il doit être retiré et nettoyé tous les deux mois et remis en place ; pour obtenir le maintien de l'utérus, le port du pessaire doit être prolongé pendant huit à dix mois ; quelques femmes ne peuvent plus ou ne veulent plus s'en passer. Sa présence ne détermine aucune géne.

Sur 130 cas, je compte 103 succès définitifs, c'est-à-dire la disparition de tous les troubles attribués à la rétrodéviation et le maintien de l'utérus en bonne position aprés le retrait du pessaire.

148. — De la suppuration des kystes de l'ovaire.

(*La Gynécologie*, 1896, p. 193.)

La suppuration des kystes de l'ovaire est rare, comparée au grand nombre de kystes observés ; j'en ai pu recueillir 8 cas personnels. Leur étude donne lieu à des considérations cliniques et thérapeutiques intéressantes.

La cause la plus fréquente était autrefois la ponction *non aseptique* du kyste ; dans un cas, elle semble avoir été une chute violente. Le plus souvent, l'infection se fait soit par le voisinage d'un organe infecté, soit par la voie lymphatique, soit par la voie sanguine.

L'infection utérine puerpérale existe dans deux observations. L'infection semble être venue de l'intérieur une fois après la fiévre typhoïde, une autre fois après la grippe. On pourrait peut-être admettre une suppuration spontanée des kystes dermoïdes par des agents chimiques. (Mangold.)

On peut distinguer dans la suppuration des kystes de l'ovaire : 1° une infection *saprophytique*, causée par les staphylocoques saprophytes, le bacterium coli et autres saprophytes, avec peu d'altération de la santé générale et une douleur et une sensibilité modérées ; 2° une infection *septique* par le streptococcus pyogenes, le staphylococcus pyogenes, le gonocoque, le bacille de la fiévre typhoïde, le bacterium coli commune, avec état général grave, pouls fréquent, péritonite étendue.

Les symptômes *locaux* n'existent pas en général ; ce sont les phénomènes généraux et l'apparition de la fièvre qui ouvrent la scéne ; ce n'est que par l'examen direct que l'on constate dans l'abdomen la présence d'une tumeur ayant les caractéres ordinaires d'un kyste ; dans un cas la poche contenait des gaz et était sonore à la percussion.

Un caractére important peut être fourni par l'accroissement rapide de la tumeur.

Les symptômes dominants sont fournis par la fièvre, l'amaigrissement et l'hecticité en coïncidence avec une tumeur abdominale circonscrite.

Dans un cas, l'infection s'est accompagnée de troubles paralytiques avec atrophie du côté des membres supérieurs et inférieurs et un véritable état de manie d'origine toxique.

Le *traitement* chirurgical s'impose : il faut faire la laparotomie dès que la suppuration du kyste est reconnue ou soupçonnée.

L'opération et le pronostic sont d'une extrême gravité dans les cas de suppuration septique avec péritonite et adhérences péritonéales généralisées ou étendues. Dans ces cas peut-être pourrait-on se contenter de l'incision du kyste.

Suivent les huit observations qui servent de base à ce mémoire.

149. — Note sur la pathogénie des affections péri-utérines.

(*Semaine gynécologique*, 4 février 1896, p. 2.)

L'idée de la salpingite, du reste très fréquente, a un peu trop dominé la conception pathogénique et symptomatique des affections génitales; à côté d'elles, il y a lieu de faire une place importante à la *péri* et à la *paramétrite* et à *l'ovarite*.

La pathogénie des affections péri-utérines s'établit assez nettement pour la salpingite par un processus de propagation lent de la muqueuse utérine à la muqueuse tubaire, avec épaississement, rétrécissement, déviations, etc., des parois de la trompe, rétention des produits septiques dans sa cavité et exaltation de la virulence par le fait de cette rétention. L'ovaire se prend en général consécutivement.

En revanche, dans d'autres cas, l'ovaire est altéré le *premier* et la trompe peut rester saine ; on ne peut guère invoquer ici que la voie de propagation par les lymphatiques, telle que l'a conçue et défendue L. Championnière (1870 et 1875). Je partage l'opinion qu'il faut faire une part plus large à l'infection lymphatique, aux lésions cellulaires, péritonéales et *ovariques* qui en sont la conséquence, et rapporter à ces lésions bon nombre de troubles attribués à la salpingite. La chose est très évidente dans les cas *aigus*, post-puerpéraux, où l'opération permet d'enlever des ovaires *suppurés* et de constater l'intégrité de la trompe.

Il faut admettre la même pathogénie pour un certain nombre de cas *chroniques* où les lésions semblent être purement *cellulaires*; il s'agit le plus souvent d'une véritable cellulite de la base du ligament large, d'origine très probablement lymphatique, consécutive à la déchirure et à l'infection du col.

D'autre fois, les lésions plus étendues se sont propagées aux ligaments-larges, au péritoine pelvien, faisant adhérer les organes entre eux, fixant l'utérus en rétroversion, déviant les trompes et les ovaires, entraînant une *péri-ovarite* à la suite de laquelle l'ovaire subit la *dégénérescence scléro-kystique*.

En résumé, à côté de la salpingite et avec une symptomatologie un peu différente, il existe une série de lésions chroniques péri-utérines, ayant surtout pour siège le péritoine pelvien et plus rarement le tissu cellulaire, pouvant amener des lésions secondaires de l'ovaire et reconnaissant pour cause la lymphangite utérine et péri-utérine.

150. — De la pelvi-péritonite d'origine annexielle.

(*Semaine gynécologique*, 24 mars 1896, p. 57.)

Cette pelvi-péritonite à laquelle on donne quelquefois le nom de *périmétrite* peut être la première manifestation symptomatique d'une lésion plus ou moins ancienne ou plus ou moins avancée des annexes.

Quel que soit le moment du début des accidents, leur physionomie clinique revêt toujours les traits de la réaction péritonéale douloureuse, de la *péritonite* plus ou moins localisée. On peut distinguer une forme *légère*, une forme *moyenne* ou *commune*, une forme *grave*.

Dans la forme *légère*, c'est à peine si on a le droit de prononcer le mot de péritonite, il s'agit peut-être plutôt de *péritonisme*.

La forme *moyenne*, la plus commune, est un véritable type morbide; il s'agit d'une péritonite véritable *au petit pied*, péritonite incontestable mais n'ayant ni les grandes allures ni le fracas tumultueux des péritonites sus-ombicales. Le tableau de la péritonite existe, mais il est atténué, comme estompé.

La forme *grave*, exceptionnelle, avec tous les traits de la péritonite généralisée n'appartient qu'aux complications du pyo-salpinx très virulent et à plus forte raison à la rupture et à l'évacuation d'une poche tubaire suppurée dans la cavité péritonale.

Très exceptionnellement, malgré sa gravité apparente, cette péritonite est suivie d'accidents mortels. Dans les cas d'intensité moyenne, le pronostic est bénin. La poussée n'entraîne pas une indication chirurgicale d'urgence; au contraire, elle doit être laissée au traitement médical et l'opération qui devra supprimer les organes infectés, cause de tout le mal, ne devra être pratiquée que longtemps apès la chûte des phénoménes aigus, *à froid*.

151. — De l'ascite des jeunes filles.

(*Semaine gynécologique*, 1896, p. 369).

J'ai déjà dans un autre travail (*Soc. Chirurgie*, 1893), cherché à démontrer que cette ascite décrite par Cruveilhier doit être rapportée à la tuberculose des trompes et des ovaires et consécutivement du péritoine. D'autres observations depuis cette époque n'ont fait que confirmer cette opinion.

L'examen direct montre le maximum des lésions tuberculeuses concentrées sur la trompe et l'utérus, le péritoine pelvien et, suivant l'ancienneté de la lésion on constate l'ascension dans le péritoine des lésions tuberculeuses secondaires. On peut reconnaître un certain nombre de degrés variant depuis la salpingite tuberculeuse localisée, jusqu'à la péritonite tuberculeuse diffuse.

La présence et la quantité de l'ascite ne sont pas en rapport avec l'étendue du processus tuberculeux ; le liquide peut être très abondant avec une tuberculose localisée aux trompes; être, au contraire, en petite quantité ou manquer dans des cas plus avancés.

L'aspect clinique de cet épanchement est à peu près toujours le même ; jeunes filles ou jeunes femmes ; quantité de liquide de 4 à 8 litres, inégalement réparti dans l'abdomen, pouvant varier de quantité en un temps très court, ne présentent pas les zônes classiques de de matité ou de sonorité, donnant souvent l'idée d'une collection incluse et enkystée et pouvant donner lieu par sa disposition à des difficultés et à des erreurs de diagnostic.

L'examen direct ne permet pas toujours de se rendre compte de la présence des lésions annexielles.

Dans quelques cas, le liquide semble pouvoir se résorber spontanément ou ne plus se reproduire après une simple ponction. Le traitement de choix consiste dans l'ablation des annexes tuberculeuses.

152. — Des résultats thérapeutiques de l'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus.

(*Bulletin général de thérapeutique* 28 février *et* 15 mars 1897.)

I. — *Résultats immédiats.*

De 1886 à 1896, j'ai pratiqué 127 hystérectomies vaginales contre le cancer de l'utérus.

Morts 25. Soit 19 % de mortalité.

Il faut incriminer :

a) La technique défectueuse du début de cette période.

b) La gravité de l'*hystérectomie vaginale* appliquée au cancer de l'utérus, gravité qu'on ne retrouve pas dans cette même opération appliquée au traitement des *fibromes* ou des *annexes*.

Les causes de *morts* sont principalement :

La septicémie péritonéale, le *choc opératoire* (l'hystérectomie vaginale est une opération choquante), l'hémorrhagie, l'urémie.

II. — *Résultats éloignés.*

Les éléments d'appréciation sont tirés :

1° *De l'état des lésions.*

Quand la *douleur* apparaît il est trop tard. C'est que la lésion a dépassé les limites du col et gagné le paramétrium.

On opère quand même car c'est *le cas limite* où l'on ignore quel bénéfice la malade retirera de l'intervention.

Généralement la récidive se produit.

Le cas idéal est celui dans lequel le cancer est bien limité à une lèvre ou aux deux lèvres du col, sans destruction avancée de cet organe, avec intégrité de la voute vaginale, des culs-de-sac, mobilité parfaite du corps ; sans douleur péri utérine ni abdominale.

Le *cancer primitif du corps* sans envahissement du col est également une condition favorable. Le diagnostic *précoce* en est relativement facile et l'intervention peut se faire avant que la lésion ait dépassé les limites de l'utérus.

2° *De l'âge de la malade.*

Avant trente ans, la *récidive* est certaine et immédiate.

La grossesse et l'accouchement donnent un coup de fouet à la lésion.

A partir de soixante ans l'intervention est exceptionnelle : si le cancer se développe, on note la *lenteur* et la bénignité de son allure (forme térébrante et forme atrophiante). L'opération ne doit être proposée qu'avec réserve et si le traitement palliatif est insuffisant; car elle est grave.

Les résultats sont les suivants (66 malades revues).

1° Aucune malade opérée en 1886 n'est *vivante* en 1896.

2° La récidive a été observée 46 fois survenant entre 1 mois et 4 ans 1/2. après l'opération. Elle se traduit par la présence d'un bourgeon charnu et saignant au niveau de la *cicatrice vaginale.*

3° Les *survies* les plus longues observées après l'opération ont été de 6 ans 5 ans, 4 ans, 2 ans. La survie la plus courte a été de 3 mois après l'opération.

4° *Les femmes jeunes* sont exposées à une *récidive immédiate.* Aussi ne faudra-t-il intervenir que lorsque l'opération paraîtra très simple, très facile et exempte de dangers. Il est illicite de faire courir un risque quelconque à une malade pour un résultat thérapeutique à coup sûr nul.

5° La *récidive* se produit également *rapidement* quand les lésions cancéreuses sont plus avancées qu'elles ne le paraissent; on croit trancher en tissu sain : en réalité les éléments de la continuation ou de la récidive du mal existent déjà au moment de l'intervention.

6° Le siège initial du cancer (corps ou col) n'a pas une importance considérable pour la durée de la guérison avant la récidive.

En résumé le pronostic du *Cancer utérin* opéré par l'hystérectomie vaginale est le même que celui du cancer en général. La récidive est la règle, la guérison vraie est exceptionnelle.

Le cancer utérin paraît même jouir d'une grande malignité : l'invasion lymphatique périphérique s'y produit de bonne heure.

Toutefois il faut opérer quand on peut. L'opération supprime tous les symptômes pénibles : pendant 2, 3, 4 ans la malade se croit guérie. Dans le traitement du cancer utérin, l'hystérectomie vaginale est la meilleure des opérations palliatives.

153. — Deux observations de leucoplasie vulvo-vaginale.

(*Semaine Gynécologique*, 1897, p. 277.)

Obs. I. — La pièce qui a été enlevée sur la malade qui fait le sujet d'une de ces observations est la *première* qui a permis d'étudier la *leuco-kératose* vaginale typique, c'est-à-dire sans trace de dégénérescence.

Il s'agit d'une malade de 43 ans, ayant présenté le début de la lésion 12 ans auparavant sous forme de bouton avec démangeaisons, suivi de l'apparition de plaques blanchâtres extensives, occupant presque toute la région vulvaire et, clitoridienne, sans induration profonde, avec une légère saillie.

L'opération permit d'enlever toutes les plaques de leuco-kératose et fut suivie d'une autoplastie vulvaire. La guérison fut définitive.

Obs. II. — Femme de 58 ans présentant depuis 6 ans : 1° de larges plaques, blanches, légèrement saillantes, occupant la plus grande partie de la lèvre gauche qui était recouverte comme d'une couche blanchâtre, nacrée, et de petites taches de même apparence disséminées au voisinage du clitoris; 2° à la partie supérieure de la petite lèvre une surface ulcérée superficiellement, plutôt érodée, légèrement suintante et quelques exulcérations superficielles de même apparence, disséminées entre les plaques blanchâtres.

La totalité des lésions fut largement enlevée au bistouri.

En dépit du mauvais pronostic porté sur cette affection, le résultat fut tout-à-fait excellent; la place opérée montrait plus tard une cicatrice souple, lisse régulière, sans aucune apparence de récidive.

La guérison s'est maintenue depuis de longues années.

154. — Appendicite et annexite

(*Semaine gynécologique*, 1897, p. 321.)

La para-métrite d'origine appendiculaire paraît plus rare que ne semble l'admettre Treub, et la disposition anatomique signalée par Clado entre les lymphatiques de l'appendice et ceux du ligament large ne suffit pas à expliquer les relations de l'appendicite et de l'annexite droite.

La question est plus intéressante au point de vue clinique où le diagnostic de l'affection est parfois hérissé de difficultés.

On peut classer les faits sous les trois catégories suivantes :

1° *Une appendicite aiguë est méconnue et prise pour une poussée péritonéale annexielle.* Les causes de cette erreur doivent être cherchées dans la forme mal caractérisée des symptômes de l'appendicite, présentant une douleur diffuse et non localisée, dans les difficultés de l'examen, rendu presque impossible par la sensibilité et le ballonnement du ventre, par l'apparence des lésions douloureuses dans les culs-de-sacs péritonéaux. On ne peut soupçonner l'appendicite qu'en tenant compte de la gravité d'emblée plus grande des symptômes et de l'état général dans cette affection que dans l'annexite, de la marche rapidement progressive de la maladie, de l'aggravation constante et rapide de la situation.

Cette erreur a les plus fâcheuses conséquences et j'ai vu succomber dans ces conditions trois malades qui auraient peut-être pu être sauvées par une opération faite à temps.

2° *Une annexite est prise pour une appendicite.* L'erreur est assez fréquente, mais de moindre importance ; elle est facile à commettre et facilement expliquée par le siège à peu près semblable des lésions. Elle peut être évitée par un examen méthodique des culs-de-sac vaginaux dans lesquels le doigt sent en général des indurations péri-métritiques.

Il est aussi très important de tenir compte du passé génital de la malade, de sa menstruation, etc. J'ai observé plusieurs cas où l'opération a démontré qu'il s'agit d'ovarites et de péri-ovarites, avec dégénérescence kystique de l'ovaire, chez des malades où de nombreuses crises douloureuses avaient été prises pour des poussées d'appendicite.

3° Il peut y avoir coexistence d'une *appendicite* et d'une annexite. Ces faits sont aujourd'hui bien connus; à l'époque de ce mémoire, ils étaient encore exceptionnels. Il y a toujours une certaine difficulté à établir s'il s'agit d'une simple coïncidence ou s'il y a relation de cause à effet entre les deux affections.

155. — Des poussées congestives intermenstruelles.

(*Revue de Gynécologie et de chirurgie abdominale*, août 1897.)

L'influence de la *menstruation* sur la *douleur* dans les affections de l'utérus et des annexes est assez mal connue. Certaines affections ne sont *douloureuses* qu'au moment des règles (rétro-déviations. Métrite parenchymateuse corporelle. Cervicite avec déchirure ancienne du col).

Dans les *lésions infectieuses* (salpingite catarrhale ou suppurée) la menstrua-

tion amène une recrudescence des douleurs. Chez certaines femmes, au contraire, atteintes d'annexite, le retour des règles diminue la douleur.

Enfin, et c'est le sujet de cet article, chez certaines femmes dont les organes génitaux paraissent sains ou peu touchés, on note un certain nombre *de symptômes* qui se manifestent toujours *entre les règles*. Ces symptômes qui généralement apparaissent *dix à douze jours* après la fin de l'écoulement sanguin sont :

1° *Une douleur*, sourde, unilatérale, occupant la région ovarienne, s'irradiant à l'aine ou aux reins; cette douleur qui n'a aucun des caractères de la névralgie lombo-abdominale, n'est jamais accompagnée de fièvre et dure ordinairement deux jours.

2° *Un écoulement muqueux*, rosé ou franchement sanglant, qui est terminé en deux ou trois jours.

3° Enfin une *véritable hydrorrhée* utérine, accompagnant la douleur ou lui succédant, se produisant 3 à 4 fois dans la journée par véritables crises d'inondation, comme une éjaculation. Le liquide est limpide et ne tache pas le linge. Généralement au bout de 3 jours, tout est fini. C'est le plus inconstant des symptômes signalés

On a incriminé pour expliquer ce symptôme, l'*hydropisie de la trompe* se vidant par l'utérus d'une façon intermittente.

En réalité le liquide *vient de l'utérus*. Comme *étiologie*, il s'agit de femmes impressionnables, nerveuses, hyperesthésiques, nullipares, chez lesquelles on retrouve une petite poussée inflammatoire abdominale antérieure. C'est un « reliquat de petites lésions surtout ovariennes » chez des *nerveuses*.

Comme *pathogénie*, il faut admettre l'influence *d'une menstruation intercalaire*, admise par tous les auteurs, modifiant la circulation vaso-motrice de l'utérus, et ne dépassant pas la sécrétion glandulaire visqueuse et hydrorrhéique. Il semble que la congestion reste incomplète. Le traitement ne doit pas *porter sur l'utérus* qui n'est nullement malade. Il doit viser surtout l'*Etat général*. (Hydrothérapie chaude ou froide. Stations thermales sédatives décongestionnantes, Néris, Plombières).

156. — Contribution à l'étude des grosses tumeurs fibro-kystiques de l'utérus.

(*La Gynécologie*, décembre, 1897.)

De l'étude de six observations personnelles de tumeurs fibro-kystiques de l'utérus, l'auteur tire les conclusions suivantes :

Ce qui caractérise ces tumeurs, c'est : 1° la continuité intime de la paroi avec le tissu utérin;

2° La présence d'éléments caractéristiques du tissu utérin en un point de la paroi de la tumeur, en particulier à sa base au niveau de la continuité utérine.

Ces tumeurs ont tantôt l'aspect *d'un fibrome* avec la couleur rougeâtre, charnue de la fibre musculaire hypertrophiée, tantôt l'aspect d'un *kyste* avec sa paroi mince blanchâtre.

Dans le premier cas la paroi est épaisse (1 à 3 centimètres) et la fluctuation ne peut être perçue.

Dans le deuxième cas la paroi est mince, d'aspect cartilagineux ou fibroïde.

Jamais ces tumeurs ne communiquent avec la *cavité utérine*.

Les causes qui, à un moment donné, provoquent dans un fibro-myome le développement d'une collection liquide, nous échappent.

Cette production liquide se *fait vite*, sans douleurs.

La malade est uniquement gênée par le développement énorme du ventre : les règles sont quelquefois douloureuses : dans une observation il y eut des complications inflammatoires qui décidèrent une intervention rapide.

La rupture du fibrome kystique et l'écoulement du liquide dans le ventre peut passer inaperçue. On note seulement un épanchement intra-péritonéal rapidement développé.

Dans un cas, elle succéda à une chute et fut suivie d'accidents péritonéaux graves.

Dans deux cas, la collection suppura, [une fois sans symptôme apparent; une autre fois avec des phénomènes généraux graves.

Il est difficile de donner la cause de cette suppuration.

Dans un cas de Le Bec on put incriminer une ponction septique ; dans un autre cas l'emploi de l'électricité.

Dans les deux observations que rapporte l'auteur, il est impossible de saisir la cause de l'infection de la poche kystique.

Suivent six observations personnelles, dans lesquelles la tumeur fut enlevée avec succès par la laparotomie.

157. — Des exsudats séreux juxta-utérins.

(*Semaine Gynécologique*, 1er mars 1898).

Au cours d'une *poussée inflammatoire* d'origine annexielle ou utérine, il peut se développer dans le bassin *des collections de sérosité*, de siège et de volume variables, pouvant donner lieu à des symptômes spéciaux, à des difficultés réelles de diagnostic et devenir même la source d'indications opératoires. C'est *l'exsudat séreux juxta-utérin*.

La production du liquide dans les cas très aigus paraît être contemporaine *du début* des accidents.

Il est difficile d'apprécier la fréquence de cette complication dans la pelvi-péritonite.

On ne diagnostique *l'exsudat* que lorsqu'il est très abondant et occupe le cul-de-sac postérieur.

Un *exsudat* élevé, à travers une *paroi épaisse*, passe facilement inaperçu.

Les causes de la pelvi-péritonite avec *exsudat-séreux* sont :

1° Les *suppurations* de la trompe et de l'ovaire, c'est le cas le plus fréquent;

2° *L'infection utérine* seule sans lésions d'annexes.

(Exsudats séreux dans les métrites aiguës ou subaiguës post-puerpérales ou post-abortives.)

L'infection se propage au péritoine par les lymphatiques, sans passer par le canal utéro-tubaire et les annexes ne sont touchées que par leur revêtement péritonéal, c'est-à-dire par l'extérieur.

L'*anatomie pathologique* de ces exsudats séreux apprend :

Qu'ils *siègent surtout* dans le *cul-de-sac postérieur* puis sur les côtés de l'utérus, dans les fosses Iliaques et enfin dans la région hypogastrique; que la *quantité* de liquide est variable (1 cuillerée à bouche à 1/2 litre); qu'ils apparaissent sous forme de *bosselures* jaunâtres, enkystées dans une mince pellicule dont la déchirure donne issue à un liquide jaune citrin, très fluide.

Dans un cas d'infection gonorrhéique grave on a trouvé dans le liquide séreux des staphylocoques et des streptocoques.

Au *point de vue symptomatique*, ces exsudats séreux se révèlent par l'*examen local* et les *signes physiques*.

1°) L'*exsudat* en quelques jours prend la première place dans les signes physiques.

Les culs-de-sacs latéraux et postérieurs, les côtés de l'utérus, les fosses iliaques sont remplis et empâtés : une fausse fluctuation fait croire à une vaste collection suppurée.

Mais il y a différents signes qui permettent d'éviter l'erreur :

1°) La poche que l'on sent fluctuer dans le cul-de-sac postérieur est difficile à nettement circonscrire.

2°) Ses parois sont minces.

3°) Elle est *immédiatement* située sous la muqueuse vaginale sans épaisseur de tissus intermédiaires.

4°) Elle est peu tendue et peu douloureuse.

5) La poche se crève quelquefois sous le doigt qui l'explore.

6°) Enfin, en *huit ou quinze jours*, ces exsudats se résorbent et de ces grosses lésions il ne reste souvent que fort peu de chose.

Les *erreurs d'interprétation* de ces faits sont nombreuses :

Le diagnostic d'hématocèle à répétition a été porté; on a cru à la guérison de la salpingite ou de l'ovarite que l'on avait faussement diagnostiquée, alors qu'en réalité l'épanchement séreux seul avait disparu. Enfin on est *intervenu* chirurgicalement alors que la règle de conduite dans ces cas est l'*abstention* (sauf lorsque la *pelvipéritonite* est d'origine *utérine* ou que l'intensité des phénomènes généraux fait craindre le passage à la suppuration.)

158. — Notes sur la grossesse extra-utérine tirées de l'analyse de cinquante observations personnelles.

(*La Gynécologie*, février, avril, 1898.)

Les accouchements antérieurs créent une prédisposition à la grossesse ectopique grâce aux lésions exercées dans l'utérus ou ses annexes.

En outre l'infection post-puerpérale ou post-abortive est fréquemment signalée.

On sait que dans ces cas les lésions sont plutôt péritonéales ou cellulaires.

Il y a de la périannexite, périsalpingite et on peut se demander si les lésions pariétales de la trompe coudée, déviée, ne sont pas capables de provoquer des troubles dans la migration de l'ovule fécondé.

Quand la muqueuse tubaire est prise, il n'y a pas à craindre de grossesse ectopique.

L'infection initiale peut être très ancienne.

Dans les deux premiers mois la grossesse n'est pas reconnue :

Ou bien elle évolue d'une façon latente et la malade ne se croit pas enceinte.

Ou bien la malade se croit enceinte normalement et ne se fait pas examiner.

Toutefois, même dans les premiers temps, on peut penser à ta grossesse ectopique, parce que la menstruation est moins modifiée que dans la grossesse normale. Il y a souvent retard, suppression ou diminution des règles; souvent il n'y a rien.

Les symptômes rationnels de la grossesse manquent souvent.

La malade ne se plaint ni de malaise, ni de douleur dans l'abdomen.

C'est quand la *grossesse s'interrompt* que le médcin est appelé à intervenir. L'*interruption* de la grossesse a lieu presque toujours entre *trois* et *six* semaines, le plus souvent à six semaines.

Les causes de cette interruption sont obscures (coït, chute, voyage fatigant).

Le *retour de l'époque menstruelle* joue un rôle dans la production ou l'aggravation des accidents.

L'*interruption de la grossesse* ectopique se traduit quelquefois par une métrorrhagie abondante et prolongée qui fait penser à une fausse couche.

Plus rarement la rupture tubaire et l'hémorrhagie péritonéale se font insidieusement, sans fracas.

Ce qui se produit le plus souvent, c'est une *crise* aiguë, violente, brutale, véritable *ictus péritonéal*, qui s'accompagne rapidement des phénomènes ordinaires.

Du péritonisme,

De l'hémorrhagie interne.

La *gravité* des symptômes immédiats n'est pas en rapport avec la quantité de sang versé dans le péritoine; il faut tenir compte du *péritonisme*, et l'auteur cite plusieurs malades qui présentaient tous les signes d'une grosse *hémorrhagie interne* et qui n'avaient pas une goutte de sang dans l'abdomen.

Ce qui domine la gravité des accidents immédiats, c'est l'*âge* de la grossesse au moment de la rupture tubaire.

Les grossesses qui se rompent à deux mois, deux mois et demi, saignent *moins* que celles qui se rompent plus tard.

Cette règle n'est pas absolue et il faut savoir distinguer, dans le tableau symptomatique, ce qui appartient à l'hémorrhagie interne et ce qui appartient au *péritonisme*.

En faveur de l'hémorrhagie, l'auteur donne les signes suivants :

Hypothermie.

Décoloration des muqueuses.

Petitesse et fréquence du pouls.

Il est impossible, peu de temps après la production des accidents, d'apprécier la quantité de sang épanché.

Ce n'est que lorsque le caillot se forme et s'enkyste qu'il devient appréciable; on a alors affaire à une *hématocèle* rétro ou péri-utérine ou à un hématosalpinx.

L'auteur étudie ensuite quelques phénomènes consécutifs à la rupture de la grossesse extra-utérine :

L'*écoulement sanguin par le col*, fréquent, consistant en un suintement de liquide *chocolat*, qui vient de la *trompe* et qui s'installe dans les jours qui suivent la rupture tubaire.

Quelquefois *c'est du sang rouge* qui vient de l'utérus, accompagnant souvent l'expulsion de la caduque; deux fois cet écoulement était fédide.

La *fièvre* qui peut apparaître en dehors de toute infection utérine ou intestinale, 38° cas. La cause nous échappe.

Les *douleurs abdominales* succédant à la rupture de la grossesse ectopique sont notés dans 26 cas.

Après la crise :

Ou bien toute douleur disparaît;

Ou bien il reste des douleurs abdominales et lombaires au moment de la marche ;

Ou bien, et c'est le cas le plus fréquent, les douleurs persistent, surviennent par crises et commandent l'intervention.

L'hématocèle peut guérir spontanément. (20 observations.)

Dans 3 cas, on a noté la suppuration.

Dans les autres on est intervenu.

Toute grossesse extra-utérine en évolution ou arrétée dans son évolution exige impérieusement une action chirurgicale.

L'auteur cite des cas de guérison spontanée, mais ces cas sont rares.

Dans les cas d'hémato-salpinx avec des symptômes bénins et fugaces, on n'intervient pas et les choses s'arrangent d'elles-mêmes.

Dans 4 cas l'auteur est intervenu durant l'évolution de la grossesse.

Dans les autres cas l'opération eut lieu pour remédier aux désordres récents ou éloignés causés par la rupture de la grossesse ectopique.

Sauf quelques cas exceptionnels où la première hémorrhagie est capable de tuer la malade et où l'intervention s'impose, la plupart des cas peuvent attendre la journée ou le lendemain au grand bénéfice des malades qui sont plus éloignés du choc péritonéal et des accidents de l'anémie suraiguë.

En présence d'une hémorrhagie péritonéale abondante, essayer d'abord le sérum et la caféine.

Si la pâleur et l'hypothermie augmentent il faut intervenir.

La seule conduite à tenir est *la salpingectomie*.

Le plan incliné ne vaut rien quand le sang est liquide.

Quelquefois l'implantation placentaire se fait à la fois au niveau du pavillon de la trompe et sur les parties voisines : il y a là une vaste surface saignante dont l'hémostase est difficile.

Le plus souvent l'auteur a opéré de un à trois mois après l'accident initial.

Il a été amené à l'opération par la présence d'une tuméfaction rétro-utérine, les douleurs, les phénomènes d'infection.

L'*incision vaginale* s'adresse aux collections qui distendent et font saillir le Douglas ; la laparotomie s'adresse aux tuméfactions haut situées, bien en kystées, aux grosses collections sanguines, aux cas dans lesquels la lésion est incertaine. L'auteur l'a faite 28 fois.

La laparotomie a permis de constater :

1° L'absence d'épanchement sanguin après un ictus péritonéal grave.

2° L'absence d'enkystement proprement dit du sang épanché : il n'y a pas de poche ; la manœuvre consiste à enlever les caillots et à retrouver la trompe.

3° La présence de lésions anciennes des annexes (ovarite kystique, hydro-salpinx).

L'auteur conseille la ligature de la trompe au catgut et le drainage.

Quant à l'incison vaginale, le succès de la guérison rapide dépend : de l'évacuation complète de la poche (au besoin avec une curette) ; d'un drainage efficace avec un tube en T qu'on retirera vers le 15e jour.

Les résultats ont été les suivants :

Laparotomie : 28 cas, 4 morts.

Incision vaginale : 19 cas, 19 succès.

159. — De la torsion des kystes para-ovariens et des lésions qui peuvent la simuler.

(*La Gynécologie*, décembre 1898.)

Certains kystes intra-ligamenteux peuvent présenter des accidents de *torsion* auxquels leur nature même semble devoir les soustraire et des troubles de nutrition consécutifs pouvant aller jusqu'à la mortification de leurs parois.

Cette torsion n'a été observée que sur des kystes para-ovariens proprement dits, ayant pédiculisé le ligament large et présentant d'une façon exceptionnelle un pédicule long et grêle.

Ces faits sont nettement établis par cinq observations dont une personnelle rapportée dans la thèse de M. Baron. Les symptômes de la lésion sont les mêmes que dans la torsion des kystes ordinaires, avec cette particularité que le liquide du kyste peut conserver sa limpidité et ne présente pas l'aspect hémorrhagique comme dans les kystes ordinaires tordus. La longueur du pédicule constatée dans ces cas de torsion de kystes para-ovariens explique sans doute la bénignité des symptômes et la moindre gravité des lésions anatomiques du côté du kyste et du péritoine.

Dans deux autres observations personnelles, il s'agit de phénomènes douloureux très aigus, intermittents et récidivants dans un cas, continus dans l'autre, produits par des kystes para-ovariens, ayant toutes les apparences de la torsion du kyste, sans que cette torsion soit démontrée par l'opération. Il est difficile de donner une explication de ces faits ; on ne peut expliquer les accidents douloureux que par les phénomènes inflammatoires péri-kystiques et la mortification des parois du kyste par des infarctus ou des thromboses dans les vaisseaux des parois.

160. — Grossesse extra utérine tubaire, avortement tubaire. Difficultés du diagnostic de l'hémorrhagie intra-péritonéale ; salpingectomie secondaire. Guérison.

(*Semaine Gynécologique*, 6 mars 1900.)

Les phénomènes graves qui accompagnent la rupture de la grossesse ectopique, ne sont pas toujours dus *à l'hémorrhagie interne ou à son abondance.*

On peut trouver la paleur, le refroidissement, l'état syncopal, la petitesse du pouls dans un *simple avortement tubaire*, sans effusion de sang dans le péritoine.

Il faut alors admettre, chez certains sujets, que la distension brusque de la trompe et de son revêtement péritonéat par un épanchement sanguiu, est capable de donner lieu à un *ictus péritonéal* grave simulant l'hémorrhagie interne.

Cette notion rend difficile l'indication opératoire.

Cependant on opérera toutes les fois 1° qu'il s'agira d'une grossesse ectopique de plus de deux mois, 2° et si la température descend au dessous de 36°.

La malade dont il s'agit présenta, une premiére fois, tous les signes d'une grosse hémorrhagie interne (syncope, sueurs froides, teint pâle, état général grave). L'état s'améliora. Neuf jours aprés la première crise survint une deuxiéme crise plus violente que la premiére (muqueuses exsangues, pouls impossible à sentir). On remonta la malade et on l'opéra.

On découvrit alors :

1° Qu'il n'y avait pas de sang libre ni liquide, ni coagulé, épanché dans la cavité péritonéale.

2° Que toute la masse était constituée par un volumineux *hémato-salpinx*.

La trompe comprenait deux portions, une portion volumineuse renfermant des caillots. C'est là que s'était faite l'hémorrhagie ; une autre portion distincte de la premiére et qui n'était autre que la cavité amniotique renfermant un embryon de 2 centimétres.

161. — Des métrorrhagies d'origine ovarienne.

(*La Gynécologie*, avril-juin, 1899.)

Les ovaires ne semblent pas avoir seulement d'influence sur l'écoulement normal et régulier du sang, sur la menstruation : ils semblent pouvoir jouer un rôle hémorrhagique important dans des conditions pathologiques qu'it s'agit de déterminer.

Pour ne pas compliquer la question, je ne m'occuperai que de métrorrhagies se produisant dans des utérus sains ou d'apparence saine, en coïncidence ou mieux en relation avec des lésions ovariennes non contestables, n'ayant pas le caractère d'affections aiguës ni subaiguës. Dans ces conditions, on peut observer des métrorrhagies : 1° dans les kystes simples de l'ovaire; kystes bénins; 2° dans les kystes végétants des ovaires, kystes proligères, papillaires, se comportant dans l'abdomen à la manière des tumeurs malignes; 3° dans cette variété fréquente de dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire, dans laquelte les kystes peuvent varier du volume d'un grain de mil à celui d'un œuf de pigeon ou de

poule. Dans ce dernier cas, la métrorrhagie peut constituer le symptôme prédominant de l'affection.

1° Dans les *kystes simples*, la métrorrhagie est rare ; sur plus de 400 cas, elle est notée 12 fois et se montre de préférence chez des femmes au voisinage de la ménopause ou même après la ménopause; ces pertes peuvent revenir, même avec une certaine régularité, chez des femmes ménopausées depuis longtemps. Chez toutes ces malades, sans exception, les métrorrhagies ont toujours disparu dans les huit à dix jours qui ont suivi l'opération, quelquefois plus tôt.

Douze observations personnelles sont rapportées qui confirment ces données.

2° Dans les *kystes végétants malins des ovaires*, les métrorrhagies sont notées 4 fois sur 40 observations; elles sont surtout fréquentes à l'époque de la ménopause, 3 fois sur 4. Elles se produisent dans des cas où les kystes sont peu développés et difficiles à déceler ; la tumeur ovarienne présente également une fragilité excessive de ses vaisseaux et une tendance hémorrhagique. Une fois la cavité péritonéale contenait du liquide sanglant presque pur.

Suivent les 4 observations sur lesquelles est basée cette partie du mémoire.

3° Dans les *ovarites scléro-kystiques*, l'hémorrhagie peut constituer le premier et le plus important symptôme de l'affection. Il s'agit toujours de femmes jeunes, à la période d'activité ovarienne ; la plupart du temps nullipares, chez lesquelles l'absence de conception, en dehors de tout obstacle utérin, peut déjà faire soupçonner un trouble de fonctionnement ovarien.

Le caractère ordinaire de ces métrorrhagies, qui sont des ménorrhagies, ne permet guère de méconnaître l'influence de l'ovaire ; dans l'intervalle des pertes, il n'y a pas de suintement sanguinolent.

Ces faits se sont éclaircis par l'examen des pièces enlevées par l'opération et par le résultat thérapeutique de ces opérations. De ces diverses malades, les unes ont été opérées par l'hystérectomie vaginale, les autres par la laparotomie, avec ablation complète des annexes.

L'étude de ces malades et des pièces enlevées permet de constituer l'histoire de l'ovarite scléro-kystique isolée des lésions de la trompe trouvée saine dans un grand nombre de cas. Elle permet également de conclure que la pathogénie de cette ovarite est d'origine infectieuse utérine propagée par la voie des lympbatiques du ligament large.

En coïncidence et peut-être comme conséquence de ces lésions de l'ovaire, on trouve l'utérus hypertrophié, présentant au microscope : 1° l'infiltration de la muqueuse et du tissu musculaire par des cellules embryonnaires et conjonctives; 2° le développement de nombreux vaisseaux de néoformation à parois embryonnaires constituées par une seule couche de cellules endothéliales; 3° des lésions d'endo-péri-artérite et d'endo-phlébite sur les parois vasculaires préexistantes.

Le volume de l'utérus diminue rapidement après l'ablation des ovaires malades; de même après l'opération disparaissent tous les symptômes utérins, leucorrbée, métrorrbagies.

Dans quelques cas de métrorrhagie d'origine ovarienne, les pertes sanguines commencent avec les premières menstruations et ne cessent pour ainsi dire plus jamais jusqu'à l'intervention radicale qui enlève l'organe malade. Cet écoulement se fait, en général, sans être précédé ou accompagné d'aucune douleur; cette absence de douleurs peut faire méconnaître pendant longtemps la lésion ovarienne.

Le plus souvent, les accidents d'hémorrhagie et de troubles ovariens ne se manifestent qu'un temps plus ou moins long après le début de phénomènes infectieux post-puerpéraux ou post-abortifs. Les hémorrhagies peuvent acquérir un tel degré d'intensité et de continuité qu'elles arrivent à produire le degré d'anémie le plus prononcé; la caractéristique, pour ainsi dire, de ces hémorrhagies est leur résistance à tous les traitements ordinairement employés avec succès.

Le diagnostic de la cause de ces hémorrhagies ne saurait être basé que sur un examen minutieux de l'histoire de la malade et des signes physiques, que l'on peut reconnaître du côté de l'utérus et des annexes.

Le traitement ne peut être que l'ablation des annexes réalisés, suivant les indications par l'hystérectomie vaginale ou par la laparotomie.

Dans 13 observations personnelles détaillées, on trouve tous les faits ayant trait à l'histoire clinique des malades, à l'examen anatomo-pathologique des pièces et aux divers détails des opérations.

162. — Néoplasme de l'ovaire compliqué d'accidents fébriles et de troubles réflexes. Ablation; guérison.

(*Semaine Gynécologique*, 17 octobre 1899.)

Dans les affections chroniques de l'utérus et particulièrement au cours des métrites, on observe assez fréquemment des phénomènes se produisant à distance de la zone génitale et faisant partie de l'ensemble des accidents connus sous le nom de *syndrome utérin* (dyspepsie, neurasthénie, toux, etc.).

Ces troubles réflexes peuvent être la conséquence d'une lésion annexielle, néoplasique, non douloureuse et ne provoquant aucun trouble local.

La malade dont il s'agit présenta de *la fièvre*, 38°5 (qui fit penser à de la grippe) des nausées, une toux quinteuse entre 4 et 5 heures de l'après-midi.

A l'opération on trouva un *sarcome de l'ovaire* gauche.

L'ablation de la tumeur amena la disparition des accidents mentionnés plus haut.

La toux et les nausées peuvent être expliquées par le développement du néoplasme ovarien qui agaçait le péritoine et provoquait les réflexes de toux et de nausées.

La fièvre peut rentrer dans la *fièvre des néoplasmes* décrite par Estlander, Verneuil. Peut-être est-elle liée, dans le cas présent, à des troubles de calorification d'origine vaso-motrice provoqués par des réflexes partant du péritoine.

163. — Appendicite ou annexite?

(*La Gynécologie*, décembre 1899.)

L'auteur rapporte quatre observations de malades ayant présenté des poussées péritonéales aiguës débutant à grand fracas, consécutives à des lésions de l'ovaire et de la trompe, avec maximum d'accidents et de douleurs dans la fosse iliaque droite, dans la région classique de l'appendicite.

1re *observation*. — Femme enceinte, sans passé génital, arrivant en pleine péritonite qui avait débuté brusquement. Le maximum de la douleur était dans la fosse iliaque droite et il y avait une sensation vague d'empâtement dans cette région. Tout devait faire penser à une appendicite, c'était un pyosalpinx.

2e *observation*. — Femme enceinte ayant présenté des accidents péritonéaux graves, soudains, à début brusque. La température était élevée, la douleur siégeait au point de Mac Burney, la fosse iliaque droite était le siège d'une grosse tuméfaction.

On pensa à une appendicite.

C'était un *kyste de l'ovaire tordu*.

L'erreur était difficile à éviter.

3e *Observation*. — Femme ayant souffert à trois reprises différentes de crises douloureuses simulant l'appendicite et chez laquelle on constate le point douloureux maximum au-dessous du point de Mac Burney et à ce niveau un empâtement diffus superficiel, rétro-pariétal.

On pouvait penser à une appendicite, mais le toucher vaginal fait découvrir sur le bord droit et en avant de l'utérus une tuméfaction dure et douloureuse, plus de doute, c'est une annexite; mais on en ignore la cause, car la malade n'a pas de passé génital.

A l'opération, on trouve un *kyste dermoïde* de l'ovaire droit.

4e *Observation*. — Femme ayant présenté des symptômes péritonéaux graves, à début brusque, avec douleur exquise et défense de la paroi au niveau de la fosse iliaque droite.

L'état s'améliorant, un examen plus facile permet de découvrir dans l'ab-

domen une tumeur fluctuante ; on diagnostique un kyste tordu que l'opération démontra.

Les causes d'erreur sont nombreuses, mais on peut les éviter grâce aux ressources de l'examen et de l'observation clinique.

164. — Note sur l'ovarite scléro-kystique.

(*La gynécologie*, juin 1900).

L'auteur analyse la thèse du Dr Fraikin sur l'ovarite scléro-kystique (Bordeaux, 1899) et y ajoute ses réflexions personnelles.

Il partage l'avis de M. Fraikin sur le fait que la *dégénérescence scléro-kystique* est la conséquence d'une *ovarite chronique*, mais il se sépare de lui quand il soutient que la dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire est une inflammation chronique de l'ovaire *succédant le plus souvent à la salpingite.*

Pour combattre cette opinion l'auteur s'appuie sur deux ordres de faits : des faits cliniques, des faits anatomo-pathologiques.

1° *Faits cliniques.* — Cas où une métrite cervicale, nettement caractérisée, a retenti directement sur l'ovaire qui est devenu douloureux et gros et qu'on ne retrouve plus une fois la métrite guérie.

2° *Faits anatomo-pathologiques.* — Cas où l'ovarite scléro-kystique s'est rencontrée soit seule sans lésion tubaire, soit avec une trompe présentant surtout des lésions pariétales.

L'auteur admet :

1° *Que l'ovarite scléro-kystique est d'origine infectieuse,* et ce qui le prouve, ce sont les lésions d'inflammation chronique qu'on trouve si souvent sur le péritoine pelvien et péri-ovarien, accompagnant l'ovarite scléro-kystique (fausses membranes, péritonite séreuse).

2° *Que l'infection vient de l'utérus et se propage aux lymphatiques du ligament large, au péritoine pelvien et à l'ovaire.*

Ce qui le prouve, c'est le maximum des lésions à l'extérieur des organes, l'intégrité fréquente de la muqueuse tubaire, les lésions de pelvi-péritonite que l'on rencontre.

C'est du *col* déchiré, enflammé que part l'infection : celle-ci chemine par les lymphatiques du ligament large et gagne le péritoine voisin pour l'enflammer chroniquement.

Les annexes suivent.

Dane toute histoire d'ovarite scléro-kystique on note des signes évidents de métrite cervicale au début.

3° *Qu'il s'agit d'une infection lente, chronique, de virulence atténuée.*

L'auteur signale deux cas où l'ovarite scléro-kystique, existait seule, sans lésion utérine, tubaire ni péritonéale. Il y avait des métrorrhagies.

Ces faits sont exceptionnels et leur pathogénie obscure.

165. — Des suites des opérations pratiquées sur l'utérus et ses annexes au point de vue des grossesses et des accouchements ultérieurs. Discussion.

(*Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie*, 31 mars 1899, t. I, p. 50.)

Il n'y a pas à discuter sur les observations d'opérations mal exécutées qui ne peuvent donner lieu qu'à de mauvais résultats; on ne doit parler que des opérations correctes, ayant eu pour conséquences des avortements, des accouchements prématurés, des mauvaises présentations et des lenteurs plus ou moins grandes du travail.

Si l'on doit accuser l'opération, il faut également incriminer l'état antérieur des tissus qui a nécessité l'intervention et leur a fait perdre leurs propriétés anatomiques et physiologiques.

Dans quelques-unes des observations de M. Pinard, la relation des troubles gravidiques avec l'opération antérieure est douteuse et, dans quelques autres, l'opération ne saurait être incriminée.

J'ai pratiqué un très grand nombre de ces opérations cervicales, je ne saurais dire la proportion des grossesses consécutives; j'en connais un certain nombre qui ont évolué normalement depuis le commencement jusqu'à la fin.

Il faut tenir compte de l'avertissement donné par M. Pinard, mais il faut savoir que rien ne saurait remplacer les opérations sur le col dans le cas de déchirure étendue, de métrite cervicale parenchymateuse avec éversion, compliquée de sclérose du col et de dégénérescence scléro-kystique, de métrite cervicale glandulaire d'ancienne date.

La bonne exécution des manœuvres opératoires et la réunion par première intention représentent les conditions indispensables pour obtenir les bons résultats immédiats et éloignés.

L'opération de Schrœder est surtout indiquée chez des femmes ayant dépassé la ménopause et ne doit être appliquée que d'une façon exceptionnelle durant la période d'activité sexuelle.

166. — Suites éloignées de l'hystéropexie. Discussion.

(*Ibid.*, 31 mars 1899, p. 48.)

La possibilité de l'étranglement de l'intestin entre la paroi et l'utérus hysté-

ropexié a été déjà signalée par Jacobs, de Bruxelles. Cette fixation abdominale peut, en outre, créer des difficultés énormes si plus tard il devient nécessaire de pratiquer l'hystérectomie vaginale. Je me suis trouvé une fois aux prises avec cette difficulté opératoire qui ne put être dénouée que par la section de la bride fibreuse.

167. — De l'appendicite survenant au cours de la grossesse. Discussion.

(*Ibid.*, 5 mai 1899, p. 85.)

Il s'agit d'une nouvelle observation d'appendicite au cours de la grossesse. Chez une femme enceinte de 6 mois et demi à 7 mois, on constate tous les phénomènes d'une péritonite suraiguë datant de 2 jours, sans qu'on puisse trouver d'une manière précise le point de Mac-Burney. L'intensité des accidents ne permet pas de croire qu'il s'agit d'autre chose que d'une appendicite.

L'opération ne révèle pas de péritonite péri-appendiculaire; elle permet d'enlever un appendice très allongé, tuméfié, contenant une certaine quantité de liquide grisâtre, muco-purulent. L'examen microscopique ne révèle que des lésions minimes.

Néanmoins, l'opération fit cesser les accidents aigus et il parut nécessaire d'admettre que ces phénomènes d'une gravité extrême étaient dus à la minime lésion de l'appendice et en particulier à la virulence du liquide qu'il contenait, virulence exaltée dans de singulières proportions du fait de la grossesse.

168. — La sclérose uterine et la vraie métrite. Discussion.

(*Ibid.*, 1er juin 1900, p. 183.)

Il m'est difficile d'admettre avec M. Richelot que la *sclérose utérine* constitue une entité morbide, que cette sclérose est l'aboutissant de congestions répétées, que la métrite parenchymateuse est faussement dénommée et n'existe pas et ne peut être considérée que comme un simple trouble nutritif d'origine arthritique.

J'admets avec lui qu'il n'y a pas lieu d'admettre une *métrite hémorrhagique* ni une *métrite douloureuse* : l'hémorrhagie et la douleur ne sont que l'expression de troubles anatomiques ou fonctionnels qu'il s'agit de déterminer.

Les hémorrhagies de la ménopause, de la puberté, de la rétention placentaire, du fibrome cavitaire ou sous-muqueux n'appartiennent pas à la métrite.

Mais peut-on admettre que la congestion répétée conduit à la sclérose? Je crois que la sclérose utérine est une étape éloignée de l'évolution de la métrite chronique et un aboutissant du processus à l'origine duquel existe l'infection.

Cette sclérose ne s'observe guère que chez des femmes à passé génital et à lésions anciennes du col.

L'influence du tempérament, du neuro-arthritisme, reprend toute son importance dans la production et l'exagération des symptômes; dans le cas actuel, le neuro-arthritisme semble faire la *douleur* et l'*hémorrhagie*. Si l'infection fait la lésion anatomique, le tempérament donne la note symptomatique.

169. — Récidives de la grossesse ectopique. Discussion.

(*Ibid.*, 7 novembre 1900, p. 334.)

Sur une série de 80 cas de grossesses extra-utérines traitées par la laparotomie, je n'ai pas eu l'occasion d'observer la récidive de la grossesse ectopique. Par contre, cinq de mes opérées ont eu ultérieurement une grossesse utérine. Dans la crainte d'une récidive éventuelle, il ne paraît pas qu'on soit autorisé, dans une première intervention, à supprimer les annexes du côté opposé.

THÈSES

faites sous mon inspiration et avec des observations recueillies dans le service de Gynécologie de la Maternité et de l'hôpital Cochin.

PETITOT, 1884. — *De l'intervention chirurgicale dans les tuberculoses externes.*

CARAVIAS, 1885. — *Traitement des collections purulentes du foie.*

MOUTON, 1886. — *De l'opération d'Estlander. Indications. Manuel opératoire.*

VALLIN, 1886. — *Situation et prolapsus des ovaires.*

MORDRET, 1889. — *Étude anatomo-pathologique et clinique sur les salpingo-ovarites.*

RAFFRAY, 1894. — *Des métrites.*

WINTREBERT, 1895. — *De l'ablation de l'utérus dans les infections puerpérales.*

THÉVENARD, 1896. — *Contribution à l'étude de l'hématocèle rétro-utérine ; signes, diagnostic et traitement.*

PLANQUE, 1896. — *Contribution à l'étude de la torsion des fibromes utérins.*

PICOU, 1896. — *De la situation normale de la rate par rapport à la paroi thoracique chez l'adulte.*

DEMANTKÉ, 1897. — *De l'hystérectomie abdominale pour gros fibromes utérins, par le procédé de la ligature élastique perdue.*

BARON, 1898. — *Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire.*

Mlle GOROVITZ, 1900. — *De la tuberculose génitale chez la femme.*

MAUGER, 1900. — *Contribution à l'étude de l'ovarite suppurée.*

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVE, RUE CASSETTE, 17.